

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Enfermagem especializada na promoção da segurança
à pessoa em situação de emergência

Cláudia Sofia Mendonça Serrano

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Enfermagem especializada na promoção da segurança
à pessoa em situação de emergência


Cláudia Sofia Mendonça Serrano

Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract graphic element.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela orientação constante, suporte, motivação e disponibilidade com que sempre me acompanhou neste percurso.

À minha Mãe, ao meu Pai e ao meu irmão, pela paciência, por tudo o que sou hoje, pelo exemplo que são para mim, por estarem sempre presentes, por acreditarem nas minhas capacidades, o que muitas vezes foi um incentivo para continuar a trabalhar.

Ao Romeu, à Inésia, à “Fillhinha”, à Drica, à Rita, à Sara e à Telma pela compreensão pela ausência, pela força, coragem e amizade.

Aos meus amigos, por terem esperado em tempos de ausência.

A todos, o meu sincero e sentido obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Art. – Artigo

BO – Bloco Operatório

CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção Geral da Saúde

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECMO-VA - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation Venous-Arterial

ECMO-VV - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation Venous-Venous

eCPR - Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ELSO – Extracorporeal Life Support Organization

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN - International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identify Situation Background Assessment Recommendation

MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

pág. - página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UGP – Urgência Geral Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

A garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação de emergência é essencial para promover a segurança da pessoa admitida nas salas de emergência. Tratando-se de pessoas com situações clínicas de alta complexidade, é elevada a probabilidade de deterioração durante a fase aguda da sua doença, pelo que as equipas de saúde têm de estar aptas a dar uma resposta rápida e segura. Esta premissa remete-nos para a Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente de 2006 da Ordem dos Enfermeiros (2010) que em conformidade com o International Council of Nurses refere que a segurança é essencial na saúde e nos cuidados de Enfermagem.

Tendo em conta a promoção da segurança da pessoa em situação de emergência, a intervenção do enfermeiro centra-se no reconhecimento atempado dessas situações, intervindo prontamente, prestando e gerindo cuidados complexos, contribuindo assim para a promoção da segurança da pessoa e para os ganhos em saúde.

Com o objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, realizei um estágio em três contextos de saúde: unidade de cuidados intensivos polivalente, unidade de cuidados intensivos e intermédios polivalente e serviço de urgência geral polivalente. Este relatório pretende apresentar este caminho formativo, através da descrição, análise e reflexão das atividades realizadas, bem como a caracterização genérica dos resultados e aptidões segundo os Descritores de Dublin para o 2.º ciclo, nomeadamente, o conhecimento e capacidade de compreensão, realização de tomada de decisões, comunicação e competências de auto-aprendizagem; assim como, as competências do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de pessoa em situação crítica, nomeadamente, a prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a gestão dos cuidados que permite a optimização da resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional. Sustentei o meu pensamento e ação em estágio no modelo teórico de Jean Watson.

Palavras-chave: enfermagem de cuidados críticos; segurança do doente; pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Ensuring the quality of nursing care provided to the patient in an emergency situation is essential to promote the patient safety admitted to the emergency room. Since this patient have complex clinical situations, the likelihood of deterioration during the acute phase of their disease is high, so health care teams must be able to respond quickly and safely. This takes us to the Nursing Order (2010) Client Safety Position Statement, 2006, which, according to the International Council of Nurses, states that "safety is essential in Nursing health and care".

Taking into account the promotion of the safety of the patient in emergency situation, the nurse's intervention focuses on the early recognition of these situations, intervening promptly to the identified, providing and managing complex care, thus contributing to the promotion of the patient safety and the health gains.

With the objective of developing specialized nursing skills in the care of the critically ill patient, promoting their safety was carried out in three health contexts: intensive care unit, polyvalent intensive and intermediate care unit and polyvalent emergency service. This report intends to represent this formative path, through the description, analysis and reflection of the activities carried out, as well as the generic characterization of the results and aptitudes according to the Dublin Descriptors for the 2^o cycle, namely, knowledge and ability to understand, apply knowledge and understanding, decision-making, communication and self-learning skills; as well as the competences of the master's degree in nursing in the area of specialization of a person in a critical situation, namely the provision of care to the patient and family to experience complex processes of critical illness and / or organic failure and management of care, optimizing the response of the nursing team and articulation in the multiprofessional team. I supported my thinking and action in Jean Watson's theoretical model.

Keywords: critical care nursing; patient safety; person in critical situation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA	19
1.1 PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA	19
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE JEAN WATSON	24
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	28
2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	29
2.1.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	30
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS POLIVALENTE	42
2.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS POLIVALENTE	43
2.2.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	44
2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE	49
2.3.1 CARACTERIZAÇÃO DA URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE	49
2.3.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	50
2.4 ATIVIDADES CONTÍNUAS DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	54
2.5 QUESTÕES ÉTICAS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

APÊNDICE I: Organização da equipa eCPR

APÊNDICE II: Guia da equipa de resgate – ECMO

APÊNDICE III: Sessão de formação “Reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão externa”

APÊNDICE IV: Guia de integração dos enfermeiros às Salas de Emergência de um Serviço de Urgência Geral Polivalente

APÊNDICE V: Instrução de trabalho para a UGP do circuito do doente para eCPR

APÊNDICE VI: Comunicação livre apresentada num congresso científico “A segurança da pessoa em situação de emergência – desafios e respostas do enfermeiro especializado”

APÊNDICE VII: Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências

ANEXOS

ANEXO I: Certificado de elemento da Comissão Organizadora das VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva da SPCI

ANEXO II: Certificado de moderação da Mesa Redonda: “Desafios na Ventilação” inserida nas VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva da SPCI

ANEXO III: Certificado de apresentação de Comunicação Livre no Congresso Científico CESPU

ANEXO IV: Certificado de participação no II Simpósio de Medicina Intensiva

ANEXO V: Certificado das sessões de formação realizadas em estágio

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	30
QUADRO 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente	44
QUADRO 3 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Geral Polivalente.....	50

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e tem como finalidade descrever e analisar criticamente o percurso efetuado ao longo dos estágios desenvolvidos no terceiro semestre do Curso.

O CMEPSC tem como objetivos formar peritos que participem na produção de conhecimento novo, numa prática baseada na evidência, promovam o aumento da qualidade dos cuidados e influenciem a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2010). Todo o percurso desenvolvido teve por base os objetivos e as competências do CMEPSC da ESEL, as competências descritas nos Descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Estudos (Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto, 2013), do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010_a) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010_b).

O Estágio foi realizado em três contextos de saúde: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) de um Hospital Central de Lisboa; Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente (UCI/UCIP) de um Hospital Distrital, e, Serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP) com Centro de Trauma de um Hospital Central de Lisboa.

A finalidade do estágio passa pela aquisição de competências especializadas enquanto futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica. A temática que escolhi como subjacente ao desenvolvimento destas competências foi Enfermagem Especializada na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Emergência.

A identificação desta problemática vem subsidiar a preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de Enfermagem com o objetivo centrado na segurança da pessoa em situação de emergência. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) define como componentes da qualidade dos cuidados o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes,

satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos. Com a criação do Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, e na busca de tornar as organizações de saúde mais eficientes e com cuidados de excelência, insere-se uma intervenção de enfermagem com mais qualidade. Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 define que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (DR, 2015, p. 13551).

A escolha desta temática surgiu de uma motivação e interesse pessoal em contribuir para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, promovendo a segurança da pessoa admitida nas salas de emergência. Tratando-se de pessoas com situações clínicas de alta complexidade é elevada a probabilidade de deterioração durante a fase aguda da sua doença, pelo que as equipas de saúde têm de estar aptas a dar uma resposta rápida e segura. A importância da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nestes contextos é inquestionável, constituindo não só um direito das pessoas como uma responsabilidade de todos os enfermeiros (Lynn et al., 2007). Por qualidade dos cuidados, compreende-se a prestação de cuidados livres de riscos e de consequências negativas para a pessoa, promovendo a satisfação da própria, da família, da equipa de enfermagem e da instituição (Venturi, 2009).

Para a aquisição de competências especializadas enquanto futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, defini como objetivo geral do estágio:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa e família em situação crítica, com especial enfoque na promoção da segurança.

E como objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;
- Elaborar um guia de integração às salas de emergência para os enfermeiros de um serviço de Urgência Geral Polivalente;
- Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

A elaboração do relatório teve como base a metodologia descritiva e crítico-reflexiva. Estruturalmente, o documento foi organizado em dois capítulos principais.

Um primeiro capítulo com um enquadramento teórico sobre a promoção da segurança da pessoa em situação de emergência seguido do referencial teórico de Jean Watson, enquanto teoria concetual de suporte ao percurso desenvolvido. Um segundo capítulo onde é descrito o percurso de desenvolvimento de competências durante os três momentos de estágio, com respetiva análise crítica das competências desenvolvidas. Por último, serão apresentadas as considerações finais que nos remetem para as dificuldades vivenciadas e perspetivas futuras.

1. ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Este capítulo resulta de uma revisão integrativa da literatura sobre a promoção da segurança da pessoa em situação de emergência, focando-se nas competências do enfermeiro que presta cuidados ao doente crítico. Abordo, neste capítulo, a teoria de Jean Watson, enquanto referencial teórico de base, que nos conduz através de uma experiência que incita ao pensamento, enfatizando uma profunda reflexão interior e um crescimento pessoal, as capacidades de comunicação, o uso do crescimento auto-transpessoal, a atenção quer para com a enfermagem, quer para com o doente e o processo de cuidar humano que potencia a saúde e a cura (Tomey & Alligood, 2002).

1.1 Promoção da segurança da pessoa em situação de emergência

As normas da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* exigem que todos os funcionários demonstrem competências no desempenho das suas funções. No caso dos enfermeiros envolvidos em especialidades de alto risco e de alta intensidade, como a enfermagem de emergência, requer-se uma ação rápida baseada em conhecimento especializado que pode fazer a diferença de vida ou morte para os doentes.

Competência é descrita como uma área interpretativamente definida do desempenho competente identificada e descrita pelo seu intuito, funções e significados (Tomey & Alligood, 2002). A competência do enfermeiro perito está associada ao nível de excelência do cuidar, e para o desenvolvimento dos seus conhecimentos numa dada área prática é necessário saber o que fazer e como fazer, o que pressupõe, igualmente, o conhecimento de investigações científicas baseadas na teoria. A aquisição de conhecimentos e o saber fazer são desenvolvidos ao longo do tempo. Benner (2001), em estudos realizados com enfermeiros na área dos cuidados intensivos, refere que há uma discrepância entre o saber teórico e o conhecimento prático e defende que “a aquisição de competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (pág. 23).

Segundo o Regulamento n.º 124/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série – n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, entende-se por cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de emergência,

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas – considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação”.

Tomey e Alligood (2002, p. 194), utilizam a descrição de Benner e Wrubel para descrever pessoa como: “um ser auto-interpretativo, ou seja, a pessoa não chega ao mundo pré-definida mas define-se ao longo do percurso de vida. Uma pessoa também tem.... um entendimento fácil e não-reflexivo de si própria no mundo”.

Doente crítico é, por sua vez, aquele que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008, p. 9). Ao abordar a temática da promoção da segurança à pessoa em situação crítica na sala de emergência, estamos naturalmente, a falar de um doente crítico em que a vida se encontra ameaçada necessitando, assim, de cuidados especializados (OE, 2010).

Os serviços de urgência são muitas vezes a porta de entrada da maioria dos doentes e devem estar preparados para responder a praticamente todo o tipo de situações clínicas complexas, não apenas do foro médico mas também do foro cirúrgico, como são as vítimas de trauma e que implicam tratamento intensivo, numa resposta que se pretende rápida e eficaz (Bhat, Reed & Steelman, 2011). Estes serviços são compostos por equipas multiprofissionais onde os enfermeiros se situam na linha da frente dos cuidados e são responsáveis pela assistência direta à pessoa em situação crítica, incluindo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde, pelo que a organização e gestão da equipa se eleva de primordial importância.

A competência e o aperfeiçoamento profissional são valores a observar e compete ao enfermeiro “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (alínea c, Artigo 109º, da Lei 156/2015 de 16 de Setembro).

O conceito de segurança nos cuidados nas salas de emergência está ainda pouco desenvolvido, podendo ser analisado sob várias perspetivas; podemos considerar a sua dimensão política, institucional e profissional ao nível macro ou micro contextual. A segurança nos cuidados pode ainda ser analisada como uma das dimensões da qualidade, envolvendo, em si mesma, um conjunto de requisitos de âmbito macrosistémico, o que torna complexa a abordagem desta temática.

A segurança nos cuidados é uma preocupação dos enfermeiros desde Florence Nightingale (1852). Relaciona-se assim com as competências do enfermeiro e da própria equipa multidisciplinar, bem como, com a condição de saúde da pessoa em situação crítica e os cuidados que necessita.

O ICN (2010) considera que a segurança do doente é a pedra angular dos cuidados de saúde de alta qualidade. Grande parte do trabalho que define a segurança do doente e as práticas que impedem o dano concentraram-se nos resultados negativos dos cuidados, como a mortalidade e a morbilidade. Os enfermeiros são críticos para a vigilância e a coordenação que reduzem esses resultados adversos. Ainda há muito trabalho a ser feito na avaliação do impacto da assistência dos enfermeiros em indicadores de qualidade positivos, como o autocuidado apropriado e outras medidas de melhoria do estado de saúde.

A OE (2011a) evidência o aumento crescente de doenças de início súbito, o agravamento de doenças crónicas, o aumento de doenças relacionadas com a violência urbana e catástrofes naturais em que o risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte, o que implica a complexidade dos cuidados e uma atuação imediata. A implementação, a curto prazo, de medidas de suporte de vida, requerem por sua vez um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra hospitalar à pessoa/família em situação crítica.

Existe uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de enfermagem com o objetivo centrado na segurança do doente. Em outubro de 2004, a OMS lançou a *World Alliance for Patient Safety*. O projeto para desenvolver uma

classificação internacional sobre segurança do doente foi identificado como uma das iniciativas chave do Programa para 2005 da *World Alliance*.

A opção pela promoção da segurança, e não prevenção de eventos adversos, vem centrar os cuidados de enfermagem prestados na pessoa em situação crítica e não nos eventos adversos, ou seja “um incidente que resulta em dano para o doente” – que orbitam em torno da pessoa (DGS, 2011).

Cada vez mais é dado ênfase à segurança do doente e à construção de um sistema de saúde que promova a segurança e minimize os eventos adversos que levam a erros graves que comprometem o bem estar da pessoa.

Segundo a Carta dos Direitos do Doente Internado, este tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil (DGS, 1996).

As salas de emergência (de reanimação e de trauma), pela sua especificidade são áreas fulcrais de cuidados à pessoa em situação crítica. Estas salas assentam num ambiente tecnologicamente avançado. São salas que reúnem condições humanas, físicas, ambientais e tecnológicas que permitem uma avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções decorrentes de situações críticas que ponham em risco a pessoa.

Pela sua missão, a sala de emergência deve estar preparada e equipada de forma a receber e estabilizar a pessoa em situação crítica antes do seu encaminhamento definitivo (Ordem dos Médicos, Normas de Boa Prática em Trauma, 2009). Esta sala deve ter material clínico específico e espaço suficiente que permita à equipa de atendimento aceder facilmente ao doente. De acordo com o nível do centro de trauma de cada hospital são recomendadas áreas específicas, assim como o acesso à cabeceira da pessoa em situação crítica deve estar desimpedido, recomendando-se a utilização de colunas técnicas suspensas, que incluirão o equipamento de monitorização e suportes de organização em salas de emergências.

As características físicas descritas e a tecnologia altamente sofisticada são agentes geradores de ansiedade na pessoa em situação crítica, nomeadamente o ruído dos alarmes, os equipamentos, a intensidade das luzes, a comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, os procedimentos invasivos e não invasivos (punção venosa, monitorização, exposição corporal, etc.). Esta sobrecarga sensorial, a separação do ambiente familiar e de pessoas significativas e a forma

abrupta do acontecimento trazem sentimentos de medo, ameaça, solidão e vulnerabilidade.

A pessoa em situação crítica vive níveis de grande ansiedade aquando na sala de emergência. O enfermeiro no âmbito das suas intervenções autónomas deve desenvolver competências na área da gestão da ansiedade. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 9.º no ponto 2 – “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. Conclui-se, que as intervenções autónomas de enfermagem são constituídas por um conjunto de ações desencadeadas a partir de um diagnóstico de enfermagem que visam obter um resultado de enfermagem independente, baseadas em decisões profissionais do enfermeiro, geridas por este, e fundamentadas em evidência científica.

A segurança torna-se assim indissociável da qualidade na medida em que, para existir qualidade, tem necessariamente que existir segurança (DGS, 2012).

A qualidade e a segurança nos cuidados de enfermagem é uma preocupação crescente dos enfermeiros no contexto das salas de emergência. Neste âmbito, as competências do enfermeiro e da própria equipa multidisciplinar, são um requisito fundamental para garantir a condição de saúde da pessoa em situação crítica e os cuidados que necessita, resultando numa menor probabilidade de deterioração clínica do doente e na consequente diminuição da mortalidade.

Os resultados obtidos com a realização da revisão integrativa da literatura, apontaram para a importância da existência de enfermeiros de prática avançada na melhoria dos cuidados prestados. Estes enfermeiros requerem competências especializadas a nível de trabalho em equipa, comunicação, avaliação fisiológica do doente e interpretação de dados, prática profissional especializada que proporcionarão a melhoria do trabalho desenvolvido e consequentemente a melhoria dos cuidados que promovam a segurança do doente crítico.

Assim, os aspetos-chave da prática de enfermagem especializada são: domínio clínico e uma prática baseada na investigação; *know-how* incorporado; analisar a situação no seu todo; estar preparado para o desconhecido. Os enfermeiros de prática avançada têm a capacidade de reconhecimento de padrões com base num passado profundamente experiente. É de importância extrema ir ao encontro das verdadeiras

preocupações e necessidades do doente, mesmo que isso signifique planejar e negociar uma mudança no plano de cuidados.

1.2 Referencial teórico de Jean Watson

Ao longo dos tempos, tem sido motivo para os teóricos de enfermagem elaborarem modelos conceptuais para a sua prática de forma a esclarecer a especificidade dos cuidados prestados à comunidade (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996). No processo de evolução da enfermagem, foram surgindo vários modelos conceptuais, várias correntes de pensamento que contribuíram para o desenvolvimento dos conhecimentos científicos aplicados à prática do cuidar. Assim, os cuidados prestados à pessoa são influenciados pelo referencial teórico que se escolhe (Pearson & Vaughan, 1992), sendo que a pessoa em situação crítica não é uma exceção. Watson (1999), salienta que uma teoria é um agrupamento imaginado de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram iluminar um determinado fenómeno.

Os estudos e conclusões de Jean Watson trouxeram um grande avanço para a enfermagem, visando os verdadeiros objetivos do cuidado humano interpessoal e da “autocura” através da promoção da saúde, dando um grande passo para a integralidade no processo teórico-prático.

A minha escolha deste referencial teórico deve-se ao facto de considerar que o cuidar é a base da prática de enfermagem, os cuidados devem ser colocados à parte da esfera do impessoal, para se tornarem pessoais, humanos e relacionais, caracterizando-se pela reciprocidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa alvo de cuidados (Watson, 1999). De acordo com o meu tema, esta teoria está intrinsecamente relacionada com a arte do cuidar. A melhoria destes cuidados proporcionada pelas melhorias das competências dos enfermeiros promoverá a segurança da pessoa em situação de emergência.

O cuidar na enfermagem requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à ação, baseada numa mundividência que abarca a reflexão crítica, dentro de um quadro conceptual diferente e, de opções criativas, dentro de um modelo de cuidar-curar. A teoria do cuidar ajuda em “momentos de ver” (Fox, 1991), em cada momento de cuidar, transformando, assim, o nosso ser. Esta vai do ver ao ser, dentro da possibilidade de um momento de cuidar. Este momento transforma-se num espaço

aberto, gerando um novo campo, uma nova potencialidade, que pode conduzir a um novo momento de ação. Uma consciência assim, pode ser um momento transformador da prática, um compromisso concreto com o outro para uma ação reflexiva, contudo espontânea, que se torna transcendente (Watson, 1999).

Watson (2002) define a enfermagem como sendo uma ciência humana de experiências e vivências tanto de saúde como de doenças humanas, realizadas de transações humanas, profissionais, individuais, científicas, estáticas e éticas de cuidar entre seres humanos. De acordo com a autora, “o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências” (pág. 55).

A enfermagem enquanto disciplina integra um corpo de conhecimentos próprios e fundamentados e nela a necessidade intrínseca de produção e renovação contínua do conhecimento através da investigação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006) o que a distingue dos outros campos de estudo. O conhecimento de Enfermagem é inclusivo total de filosofias, teorias, investigação e sabedoria prática da disciplina (Smith, 2008) e configura-se inicialmente com o meta paradigma, como sendo o nível mais abstrato do conhecimento. Os conceitos meta paradigmáticos que clarificam a disciplina e marcam as concepções de enfermagem, independentemente do seu paradigma explicativo, são a Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem (Kérouac et al., 1994).

Face ao exposto, apresento no próximo capítulo o planeamento e execução das intervenções de enfermagem à PSC em falência multiorgânica a quem prestei cuidados e que contribuíram para o desenvolvimento das competências, comuns e específicas, de uma enfermagem especializada à pessoa em situação crítica a que me proponho.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na área de especialização, o processo de aquisição de competências profissionais requer a realização de estágios que se aproximem da realidade. Estes são momentos de observação e intervenção em contextos clínicos concretos, que visam desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva comportamentos e processos de auto-regulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão, 1996).

Ao longo deste capítulo descrevo e analiso o percurso desenvolvido nos três contextos de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível III (centro de referência na área do ECMO¹ com um Serviço de Urgência Geral Polivalente, com centro de trauma² integrado), Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente e, Serviço de Urgência Geral Polivalente com centro de trauma.

Só a prática clínica de cuidados permite a aquisição de competências do enfermeiro com prática especializada, pois, citando Watson (2002, p. 63) “a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra”, justificando, por isso, a pertinência da realização de estágios em diferentes contextos.

Apresento para cada contexto, e de forma individualizada, o conjunto de atividades desenvolvidas de acordo com cada objetivo específico, sendo que em cada um deles contemplo a reflexão acerca das práticas desenvolvidas, todas sob orientação de um profissional qualificado, perito em cada uma das áreas que específico.

Uma das dimensões que importa mobilizar no decorrer deste percurso é precisamente a prática reflexiva, no sentido de assumir a capacidade de “gerir situações complexas, de enfrentar o imprevisto, de decidir de forma autónoma e responsável, com capacidade de adaptação (...), trabalhar num ambiente de interdisciplinaridade e complementaridade” (Rabiais, 2016, p. 129).

O referencial teórico apresentado anteriormente visou um elemento norteador das atividades realizadas que irei descrever e analisar ao longo dos próximos subcapítulos.

¹ De acordo com o Despacho n.º 6669/2017 de 27 de julho, que reconhece os centros de referência na área do ECMO – oxigenação por membrana extracorporeal.

² De acordo com o Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro, que define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da rede de urgência/emergência nacionais.

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Os cuidados intensivos estão vocacionados para a prestação de cuidados à pessoa que requer uma vigilância permanente e, muitas vezes, sob suporte tecnológico para o desempenho de funções vitais. A medicina intensiva é, por natureza, uma atividade multidisciplinar e multiprofissional e tem como objetivo primordial a prevenção da deterioração, o suporte e a recuperação de funções vitais, de forma a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (DGS, 2003). Para tal, é necessário concentrar competências, conhecimentos e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir esse objetivo.

É expectável que uma UCI seja caracterizada por um ambiente calmo e controlado, embora o silêncio seja quebrado pelo som de alarmes e monitores. Em concreto, o ambiente desta UCI é peculiar tratando-se de um serviço bastante dinâmico e com “porta aberta” para o pré-hospitalar; sendo o seu silêncio constantemente interrompido pelo toque intenso da campainha e pela entrada constante de profissionais de outros serviços. Como é sabido, apesar de serem considerados o espaço mais apropriado para a prestação de cuidados à PSC, estes serviços também são percepcionados como um ambiente agressivo e hostil, repleto de equipamentos altamente tecnológicos (Betrinelli & Erdmann, 2009).

Segundo a classificação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), este contexto é uma UCI Polivalente de nível III, tendo a capacidade de receber doentes em estado crítico de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico. Encontra-se sediada num hospital central e com um serviço de UGP com centro de trauma integrado, que efetiva a multidisciplinaridade encontrada nos diferentes casos, justificando assim a pertinência da escolha desta unidade como local de estágio.

Este contexto decorreu no período de 2 de Outubro a 3 de Dezembro de 2017, com um total de 250 horas de contacto.

2.1.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

As pessoas aqui admitidas são, na sua maioria, provenientes do serviço de UGP do mesmo hospital e de outros serviços de internamento que não respondam ao tratamento da PSC, existindo também admissões diretas de pessoas provenientes de outros hospitais ou do contexto pré-hospitalar.

Esta unidade é composta por 16 camas de nível III (com um rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes) e 8 camas de nível I (com um rácio de 1 enfermeiro para 4 doentes), seguindo as recomendações da Direção de Serviços de Planeamento de Cuidados Intensivos (Ministério da Saúde, 2003). O método de trabalho de enfermagem é o método individual em que cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados aos doentes que lhe são atribuídos no início do turno, favorecedor da relação enfermeiro/doente/família. O serviço oferece recursos nas seguintes áreas: técnicas dialíticas intermitentes, implantação de *pacemaker* provisório, colocação de sonda de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), realização de fibroscopia, técnica de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO) e uma sala para a admissão direta de doentes para reanimação assistida com circulação extracorporal (eCPR), provenientes do hospital com a equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) e/ou com a equipa do serviço de UGP deste hospital e do pré-hospitalar (equipas de VMER). A equipa de enfermagem é constituída por 89 enfermeiros: 6 na área da gestão, incluindo a Enfermeira Chefe, e 5 equipas em horário de trabalho do tipo *roulement*.

No serviço existem protocolos de enfermagem, como por exemplo: insulinoaterapia, gestão de temperatura alvo, reanimação assistida com circulação extracorporal e consulta de *follow up*. Existem ainda instruções de trabalho, como por exemplo, a realização de pensos a acessos vasculares.

É facultado à família um panfleto de acolhimento ao serviço onde constam algumas orientações e contactos do mesmo. Este serviço tem também uma sala utilizada para a transmissão de informação e acolhimento à família.

2.1.2 Descrição e análise das atividades desenvolvidas

O desenvolvimento de competências não acontece apenas por acumulação de conhecimentos ou de destreza e habilidade técnica mas também através da reflexão crítica sobre as práticas e da permanente construção de uma identidade pessoal. Realizo, agora, uma reflexão das competências desenvolvidas no decorrer deste primeiro contexto de estágio.

O Quadro 1 apresenta as atividades desenvolvidas para cada objetivo específico, seguindo-se a sua descrição, análise crítica e reflexiva.

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Objetivos	Atividades desenvolvidas
a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCI	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços;• Consulta de procedimentos internos, respetivos protocolos, orientações específicas e instruções de trabalho existentes;• Participação nas reuniões de serviço e transmissão de informação.
b) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI	<ul style="list-style-type: none">• Prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC;• Gestão de protocolos terapêuticos complexos;• Comunicação eficaz com a pessoa, família e com a equipa;• Realização de uma jornal de aprendizagem;• Realização de um estudo de caso sobre PSC em falência multiorgânica.
c) Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none">• Colaboração na criação e organização de uma equipa específica de reanimação (especializada em eCPR³);• Colaboração na revisão e atualização do guia da equipa de resgate – ECMO;• Realização de sessões formativas a diferentes equipas sobre a temática “Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão externa”.

³ eCPR – Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCI

De referir que este serviço não me era totalmente desconhecido uma vez que, além de se encontrar no mesmo hospital onde exerço funções, é muitas vezes para ele que realizo a transferência da pessoa em situação crítica, bem como para a realização de técnicas específicas, como hemodiálise ou implantação de eletrocáteter. Contudo, foi essencial para a minha integração no serviço conhecer a sua estrutura física, circuitos dos doentes, articulação com os outros serviços, disposição do material clínico e a consulta de procedimentos internos, orientações específicas e instruções de trabalho existentes. Durante o estágio participei em reuniões de serviço e assisti à transmissão de informação de enfermagem no período da manhã, com os chefes das equipas de enfermagem, os elementos de gestão e com a enfermeira chefe do serviço, onde foi possível conhecer mais pormenorizadamente o sistema organizacional da unidade.

A partilha dos meus objetivos e atividades de estágio, a discussão e a análise dos mesmos com o enfermeiro orientador e com a Enfermeira Chefe do serviço, permitiu reformular alguns dos mesmos visando um maior número de oportunidades de aprendizagem.

Resultados: A integração no serviço e na equipa de enfermagem foi fundamental para a adaptação a um contexto de estágio novo, enquanto elemento ativo e participativo na prestação de cuidados. A total disponibilidade e colaboração do enfermeiro orientador bem como de outros elementos da equipa multidisciplinar, ajudaram a este processo de integração e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do estágio. Constatei que se trata de um serviço que prioriza a relação com os familiares e pessoas significativas, numa perspetiva que foi para mim diferente enquanto enfermeira de um serviço de urgência. Se por um lado estava habituada a uma relação mais “fugaz”, relacionada com o pouco tempo de permanência dos doentes naquele serviço, aqui apercebi-me e vivenciei de perto uma relação de proximidade que perdura ao longo de vários dias ou semanas. Isto permitiu-me desenvolver estratégias de proximidade e de relação de ajuda que sustenta a competência “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2010b). Se o internamento em UCI dificulta as práticas das relações afectivas e emocionais da família, por fazer

emergir sensações de apreensão e angústia, esta prática especializada permitiu-me ajustar as respostas a essas mesmas famílias com o suporte emocional adequado a estas situações (Betrinelli & Erdmann, 2009).

A integração plena nas rotinas do serviço é facilitadora da aquisição de competências mais específicas que se relacionam com a prestação direta de cuidados. Para o sucesso da minha integração na UCI e na sua equipa multidisciplinar muito contribuiu o conhecimento prévio do serviço e de vários elementos do mesmo. Implicou um estudo contínuo sobre os procedimentos, práticas e valores adotados pelo Centro Hospitalar no geral, e pelo serviço em particular, nunca esquecendo a premissa orientadora que adotei neste estágio defendida pela teoria de Jean Watson - Teoria do Cuidar – onde o cuidar é o “ideal moral da enfermagem (...) o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontades, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências” (Watson, 2002, p.55). A consulta de procedimentos internos, respetivos protocolos, orientações específicas e de instruções de trabalho facilitou a minha integração na UCI, familiarizando-me com as suas condutas e rotinas.

Estas atividades permitiram alcançar a competência descrita nos Descritores de Dublin como conhecimento e capacidade de compreensão, quando demonstrei possuir conhecimentos e capacidade de compreensão; assim como, a competência de auto-aprendizagem, quando desenvolvi competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

b) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI

Os cuidados à pessoa em situação crítica nas UCI envolvem a prevenção, diagnóstico e o tratamento de situações fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, no entanto, potencialmente reversíveis (Ministério da Saúde, 2003). A Carta dos Direitos do Doente Internado (2016) consagra no Artigo 3.º que “o doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, de reabilitação, terminais e paliativos” (pág. 5). Para atingir este objetivo (e pela ampla dimensão que lhe é inerente), desenvolvi uma multiplicidade de intervenções sendo que no presente relatório, opto por discutir as mais relevantes.

Desde logo, a oportunidade de ter um enfermeiro orientador de estágio com uma vasta experiência e com funções de gestão na UCI revelou-se um potencial no desenvolvimento das competências a que me propus atingir. Dado tratar-se de uma UCI polivalente, prestei cuidados a pessoas com patologias de diferentes foros. De igual modo, prestei cuidados à pessoa com técnicas completamente desconhecidas para mim, gerindo protocolos terapêuticos complexos. Foram disso exemplo: técnica de ECMO-VV e VA; pessoa sob ventilação mecânica invasiva (VMI) posicionada em decúbito ventral; pessoa com oxigenoterapia de alto fluxo; terapia de substituição da função renal (TSFR) intermitente e contínua. A técnica de ECMO-VV, embora utilizada nesta unidade há cerca de 4 anos, constituiu um verdadeiro desafio pessoal razão pela qual realizei um estudo de caso com a temática - cuidados de enfermagem à pessoa adulta em falência multiorgânica - que descreverei mais à frente.

Outra atividade desenvolvida, e que realço pela minha inexperiência prévia, foi o posicionamento em decúbito ventral da pessoa sob ventilação invasiva. Dada a especificidade do posicionamento e o grau de gravidade destas pessoas é primordial que a equipa multidisciplinar da UCI possua um conjunto de conhecimentos específicos para que a sua execução decorra sem intercorrências.

Prestei cuidados a doentes com oxigenoterapia de alto fluxo o que, sendo uma terapia nova para mim, possibilitou aprofundar conhecimentos sobre esta temática.

Enquanto enfermeira do serviço de UGP, a minha articulação com a UCI para tratamento de doentes a necessitarem de suporte dialítico é muito frequente, no entanto, não tinha qualquer experiência na manipulação destes equipamentos e o meu conhecimento sobre o assunto era relativamente escasso. Assim, prestei cuidados a doentes sobre esta terapia de forma intermitente e contínua.

Ao longo deste estágio pude ainda trabalhar ao abrigo do protocolo de controlo da temperatura alvo, um protocolo interno que segue as recomendações internacionais – Target Temperature Management (Dragancea et al., 2015; European Resuscitation Council, 2013; Nielsen et al., 2013; Nolan et al., 2015). O protocolo preconiza que seja infundido soro cristalóide a 4.º C e a aplicação de uma manta térmica que controla a temperatura corporal de forma externa, permitindo a descida, manutenção e reaquecimento de forma controlada. Esta atividade permitiu-me desenvolver a competência “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2010b). Embora este protocolo mais uma vez não fosse totalmente desconhecido para mim, a manutenção da temperatura com a manta térmica era. De

refereir ser uma intervenção complexa pelas oscilações na temperatura central da pessoa requererem ajustes na temperatura que se encontra programada no equipamento, podendo esta manipulação provocar alterações bruscas na temperatura central e, por conseguinte, afetar a estabilidade clínica da pessoa.

Os enfermeiros demonstram a preocupação com a complexidade dos cuidados e a realização de procedimentos invasivos que conduzem a uma prática de enfermagem baseada na satisfação das necessidades dos doentes com o objetivo de tratar a doença e detetar as complicações o mais precocemente possível (Zaforteta et al., 2003). Porém, não é apenas o doente o único alvo de cuidados. Na sua prática clínica o enfermeiro deve contribuir para a satisfação das necessidades da família. Segundo Hidalgo, Vélez e Pueyo (2007), os enfermeiros podem ser uma grande influência na satisfação das necessidades da família, sendo eles os profissionais que permanecem mais tempo junto da mesma, tornando-se especialmente importante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Recordo uma situação em que tive oportunidade de dar resposta à comunicação eficaz com a família - comunicação de más notícias – justificando a necessidade de demonstrar conhecimentos sobre estratégias específicas na comunicação, tais como: o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, a escuta ativa e o ambiente tranquilo, sem interferências e com privacidade.

Assumindo que a família é parte integrante dos cuidados do doente em situação crítica, procurei ser um elemento facilitador desta interação, dando apoio à família e facilitando a sua participação na prestação de cuidados simples ainda que, sob a orientação e supervisão do enfermeiro.

A extraordinária dinâmica e complexidade de uma UCI obrigam a períodos constantes de atualização de conhecimentos bem como a reflexões relativas às práticas hospitalares. Para Kolb, citado por Abreu (2007, p. 107) “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência”. Nesta linha de pensamento, tive oportunidade de partilhar com a equipa alguns dos conceitos que fui aprofundando relativos à prática clínica especializada e que nos permitiu, conjuntamente, olhar para a PSC de forma orientada e sistematizada, hierarquizando as prioridades a estabelecer nos cuidados emergentes. É que, segundo Santos (2004, p. 59), a “prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas

práticas”. Esta prática permite aos enfermeiros realizar uma análise consciente acerca do que se passou e o que se praticou.

Vivenciei uma situação de cuidados significativa, objeto de um jornal de aprendizagem, sobre situações de morte cerebral, refletindo nas questões éticas, legais e morais que lhe são adjacentes. No direito universal à saúde, elencado no art. 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP, 1976), associam-se os princípios éticos fundamentais. As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro em qualquer situação (art. 99º, Código Deontológico dos Enfermeiros, 2003). Na prática especializada em PSC, e perante situações de elevada complexidade onde falamos da vida humana, a tomada de decisão tem de obrigatoriamente responder a estas questões norteadoras da prática da enfermagem.

Realizei um estudo de caso com o objetivo de desenvolver competências de cuidados especializados de enfermagem à pessoa com falência multiorgânica. O estudo de caso consiste num estudo aprofundado de uma pessoa, família, grupo ou comunidade, na sua complexidade e dinamismo próprio, que fornece informações relevantes para a tomada de decisão. O desenvolvimento do estudo de caso proporciona uma maior conhecimento e envolvimento do estudante com uma situação (real) observada (Bocchi, Pessuto & Dell’Aqua, 1996). Este estudo de caso, teve como tema “cuidados de enfermagem à pessoa adulta com falência multiorgânica”, possibilitou uma análise sistematizada das intervenções realizadas. Após uma sustentação teórica, realizei um plano de cuidados especializados de enfermagem, com diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação dos resultados.

Resultados: As vivências e saberes adquiridos no meu percurso profissional, aliadas às minhas crenças e experiências pessoais, influenciaram inequivocamente a minha acção em estágio. Se por um lado pode condicionar a mudança, por outro, o nosso background constitui uma alavanca para a aquisição de novas competências. Considero que este contexto foi muito promissor permitindo o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do enfermeiro mestre em PSC, especificamente, no demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e desenvolver consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina (ESEL, 2010). Segundo Benner (2001), a aquisição de

competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida de assentar sobre boas bases pedagógicas.

A exposição a situações complexas que eram novas na minha prática diária potenciou a procura de dados de evidência para a prática nela baseada. Para Watson (1985), a promoção da pesquisa bibliográfica é um importante fator para a ciência do cuidar, acrescentando que é um dos métodos que permite o controlo, a antecipação e, conseqüentemente, a autocorreção dos profissionais de saúde.

Durante a realização deste estágio, tive desde o início oportunidade de contactar com o doente submetido à técnica de suporte de vida extracorporeal (ECMO), tanto na modalidade de falência respiratória com função cardiocirculatória estável (ECMO-VV), como na modalidade de falência cardíaca aguda, acompanhada ou não por falência respiratória (ECMO-VA). A possibilidade de prestar cuidados ao doente submetido a uma destas modalidades permitiu desenvolver intervenções de enfermagem baseadas em padrões de conhecimento científico válidos, atuais e pertinentes, para além da leitura de bibliografia sobre o tema e questionamento com a equipa multidisciplinar.

Para além destas, tive oportunidade de desenvolver competências técnicas na área da hemodiálise enriquecendo o meu leque de experiências. Deste modo, sublinho que a prática desenvolvida com este tipo de técnicas permitiu-me desenvolver a competência “prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2010b) que concorre para as competências do CMEPSC que nos indica que o estudante deve adquirir conhecimentos, capacidades e competências no “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010).

Particpei na alteração do modo de administração de oxigenoterapia de um doente de forma a equilibrar a oxigenação com conforto e adesão do doente ao tratamento; em concreto, administração de oxigénio por alto fluxo nasal. Este modo garante o fornecimento de oxigénio de forma confortável e eficiente em diferentes variações de fluxo e concentrações de oxigénio. Consiste numa administração que permite o fornecimento de oxigénio até 100% de modo confortável e eficiente, sendo uma solução ideal para doentes com hipoxémia em esforço respiratório leve a moderado. Esta técnica, em conjunto com as demais acima descritas e a gestão do controlo glicémico, impulsionou a competência “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2010b), e a competência “gerir os cuidados,

otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010). Todas as intervenções de enfermagem associadas a estes e outros procedimentos foram executadas para a consolidação da competência “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010). A demonstração da capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos permitiram-me adquirir a competência realização de julgamento/tomada de decisões.

A interação contínua com a família permitiu consolidar as competências “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica”, “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2010b). Ao ser capaz de comunicar com a família, transmitindo os conhecimento e os raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, desenvolvi a competência de comunicação descrita nos Descritores de Dublin.

A realização do estudo de caso permitiu não só aprofundar conhecimentos no que respeita à falência multiorgânica como refletir, de forma detalhada, acerca das práticas efetuadas. Foi um exercício que me obrigou a descentrar do ambiente a que estou habituada para me focar numa abordagem pormenorizada e detalhada acerca de cada apreciação, juízo clínico e tomada de decisão, proporcionando também um enquadramento do doente e família e do conhecimento científico. A procura constante de informação relacionada com o doente junto da sua família e junto do próprio, permitiram a construção de tomadas de decisão que, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, defendem os direitos humanos (artigo 102º), respeitando o direito dos doentes no acesso à informação (alínea f), número 2 do artigo 96º), a confidencialidade da mesma e o respeito pela sua intimidade (artigo 107º) e autodeterminação (artigo 105º) (Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro).

De acrescentar a competência de produção de conhecimento novo através da realização de um estudo de caso suportado na bibliografia mais atual, o qual desejo publicar em revista científica.

Aliado à componente teórica deste Ciclo de Estudos, considero que a experiência nesta UCI foi absolutamente determinante para a aquisição destas minhas competências específicas.

c) Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica

O serviço iria dar início a um protocolo com a entidade INEM relativo à receção de doentes em PCR submetidos a manobras de SAV com o apoio de um dispositivo mecânico de compressão externa. Assim, tive a oportunidade única de participar nesta atividade tão relevante para este serviço como também para o meu desenvolvimento e aquisição de competências.

A reanimação cardiorrespiratória tem como objetivo suportar a função circulatória até à reversão da causa da paragem cardíaca, sendo atualmente a massagem cardíaca o meio mais utilizado para suportar a circulação. Existindo a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêuticas avançadas, a eficácia da massagem cardíaca iria comprometer a circulação cerebral emergindo assim a necessidade de um dispositivo mecânico de compressões torácicas externas para assegurar as manobras de reanimação.

Este centro hospitalar tem, desde 2014, um programa de ECMO que até a esta fase teve como principal foco o suporte respiratório de doentes com insuficiência respiratória grave, não suportável com ventilação mecânica invasiva e técnicas de recrutamento alveolar, mantendo desde então a existência de uma equipa de resgate interinstitucional de doentes candidatos a ECMO-VV. Este centro encontra-se inscrito na ELSO⁴, organização que mantém uma base de dados com os doentes dos principais centros mundiais de ECMO, permitindo fazer várias análises.

Ainda em fase inicial, a UCI começou com o protocolo designado por “Via Verde PCR” que visa melhorar a assistência aos doentes vítimas de PCR, garantindo assim a ressuscitação cardiopulmonar assistida por ECMO na zona metropolitana de Lisboa. Este diz respeito a um programa que contempla os cuidados técnicos mais diferenciados e disponíveis para tratar a pessoa vítima de PCR.

Nesta “Via Verde PCR” é realizada a admissão direta dos doentes em PCR na UCI, em contexto intra-hospitalar (UGP ou EEMI) ou extra-hospitalar (com as equipas de VMER), e subsequente avaliação clínica. São prosseguidas as manobras de

⁴ ELSO - Extracorporeal Life Support Organization

reanimação via eCPR (ressuscitação cardiopulmonar assistida com ECMO). Por insucesso das manobras, esses doentes poderão ser candidatos a dadores de coração parado devendo neste momento ser ativado o protocolo da instituição para colheita de órgãos.

O objetivo primordial da implementação da “Via Verde PCR” é maximizar as hipóteses de sucesso das manobras de SAV, bem como permitir aos doentes submetidos a manobras infrutíferas de ressuscitação serem candidatos a dadores de coração parado. O sucesso da implementação deste protocolo está relacionado com a existência de uma equipa constituída por enfermeiros e médicos que organizaram todo o programa de forma a conseguir prestar a melhor resposta aquando do seu início.

Foi-me proposto, pelo enfermeiro orientador, integrar esta equipa contribuindo com o meu conhecimento para a sua organização, definindo-se a responsabilidade na intervenção de cada um dos elementos (Apêndice I).

A comunicação entre os vários elementos que integram as equipas multidisciplinares que prestam cuidados a doentes em situação crítica é um fator essencial para garantir a qualidade desses cuidados. Falhas nessa comunicação poderão enviesar os contributos dos elementos e, consequentemente, comprometer o processo de prestação de cuidados. Assim, Horta (citado por Matheus, 1955) refere que “hoje não se concebe mais um profissional que trabalhe sozinho. Na estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro para o desempenho das suas tarefas, que, geralmente são especializadas” (pág. 13). Para que o trabalho em equipa seja eficaz é essencial que exista uma adequada comunicação entre os vários elementos. Segundo Lucas (2010), e para que tal aconteça, é primordial o reconhecimento das competências e autonomia dos vários grupos profissionais para que se possa contar com os seus conhecimentos próprios e com confiança no sentido de responsabilidade e integridade de todos os elementos. Neste sentido, comunicar numa equipa pressupõe que os diferentes elementos da equipa multidisciplinar se encontrem empenhados em atingir os cuidados de saúde do doente, reconhecendo a sua interdependência. Por outro lado, a comunicação é “um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens” (Morais, 2002, p. 25).

Esta UCI tem uma equipa com capacidade demonstrada no resgate interinstitucional de doentes candidatos a técnicas de ECMO, com tempo de resposta

inferior a 12 horas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para os centros de ECMO de referência. Com a reformulação da organização da equipa, foi proposto que realizasse também a verificação e atualização dos constituintes das malas de resgate. Assim, em colaboração com uma enfermeira perita na área do ECMO, procedi à reformulação destas listagens e à reorganização dos seus constituintes pelas malas de resgate (Apêndice II).

Ao enfermeiro de prática avançada é atribuída a responsabilidade pela formação em serviço, ou seja, planejar, desenvolver e implementar projetos de formação que visem o desenvolvimento profissional e pessoal dos pares de modo a que estes possam desenvolver as competências necessárias à sua área de prestação de cuidados. Neste sentido, procurando ir ao encontro das necessidades formativas do serviço, decidiu-se efetuar uma formação sobre “Via Verde PCR”, uma vez que os enfermeiros deste serviço e os enfermeiros e médicos das equipas interligadas com o projeto de eCPR sentiam necessidade de formação quer, para tomarem conhecimento do protocolo instituído, quer para a manipulação do equipamento novo que foi disponibilizado como parte integrante da reanimação assistida com circulação extracorporeal (eCPR) e circuito do doente – o LUCAS^{®5}.

Assim, participei como formadora na sessão de formação com a temática “Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão externa” (Apêndice III) a diferentes equipas multiprofissionais no centro hospitalar, tais como equipa de operacionais VMER (enfermeiros e médicos), equipa de enfermeiros da UGP e da UCI.

A formação foi constituída por duas partes. Na primeira foi abordada a temática de forma teórica através da exposição de slides e a segunda contou com uma banca prática proporcionando aos formandos o treino com manequim e com o equipamento novo - dispositivo mecânico de compressões torácicas externas.

De forma a conseguir formar a maioria dos profissionais envolvidos no projeto da “Via Verde PCR”, foram realizadas sessões de formação em 3 dias para os operacionais da VMER e UCI e 5 dias para os enfermeiros da UGP. Cada formação tinha a duração de 90 minutos, prefazendo-se assim um total de 12 horas de formação. No seguimento da formação, fui convidada a participar como formadora aos

⁵ LUCAS[®] – dispositivo mecânico de compressões torácicas externas

elementos das equipas do hospital que não conseguiram realizar a formação nas datas agendadas. Convite que aceitei com orgulho e satisfação pessoal.

Resultados: A proposta de colaborar na criação e organização de uma equipa específica de reanimação (especializada em eCPR), integrando a equipa “Via Verde PCR” permitiu-me adquirir mais competências na área da PSC e desenvolver a capacidade de trabalho em equipa desenvolvendo as competências comuns do enfermeiro especialista “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2010a). Procurei integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar da “Via Verde PCR” de forma a poder obter uma melhor adesão ao projeto de organização da mesma e das funções de cada elemento. Segundo Pinho (2006), “o trabalho de equipa refere-se a um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos (...) e surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços” (pág. 70).

A garantia da operacionalidade da equipa e, conseqüentemente do serviço, favorece a atuação imediata dando segurança à equipa. Por outro lado, a preocupação em salvar a vida de um doente pode comprometer um ambiente mais pessoal, tornando-o desumanizado, esquecendo a individualidade da pessoa.

A possibilidade de fazer parte integrante da equipa de “Via Verde PCR” permitiu-me contactar com situações imprevisíveis que implicaram a mobilização de algumas competências previamente adquiridas, envolvendo questões do domínio ético, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais.

Quando é solicitado a uma equipa o resgate interinstitucional de um doente em situação crítica candidato a técnicas de ECMO, a possibilidade dessa equipa verificar e validar, com o apoio de um guia, a operacionalidade de todo o material necessário ao resgate permite uma maior segurança nos cuidados a prestar. Assim, a colaboração na revisão e atualização do guia da equipa de resgate – ECMO – permitiu-me contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Com a realização das sessões de formação sobre a temática “Reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão externa”, tive a oportunidade de promover a formação planeada, coerente e de acordo com as necessidades do serviço e das equipas interligadas à temática, reforçando o

aprofundamento das minhas competências e do meu desenvolvimento pessoal, mas essencialmente na aquisição de competências específicas - capacidade de absorver novos conhecimentos e capacidade de trabalhar em equipa.

No domínio da melhoria da qualidade das competências comuns do EE, foi possível colaborar na concepção e concretização de um projeto institucional na área da qualidade (OE, 2010a) e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

A UCI do segundo contexto de estágio tem características muito idênticas às descritas no primeiro contexto. Sendo igualmente de nível III, difere por estar inserida num hospital com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), sem centro de trauma associado. De igual modo, goza de situações clínicas menos complexas.

Esta Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente (UCI/UCIP) encontra-se inserida naquele que na atualidade é considerado um dos hospitais mais tecnológicos da Europa, pelo HIMSS *Analytic*, uma organização mundial na área das tecnologias de informação de saúde. As diversas tecnologias usadas e após ser aprovada a relação entre a tecnologia, a segurança dos doentes e a prestação de cuidados de saúde, concederam o título atribuído a este hospital.

Tendo em conta a sobreposição de competências desenvolvidas, reforço neste subcapítulo apenas as atividades diferenciadoras em relação ao primeiro. O estágio decorreu no período de 4 de Dezembro de 2017 a 28 de Janeiro de 2018, com um total de 150 horas de contacto.

2.2.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

Os doentes admitidos nesta UCI/UCIP são na sua maioria provenientes do serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e do bloco operatório (BO) do mesmo hospital.

Esta unidade é composta por 8 camas de nível III (com um rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes) e 10 camas de nível II (com um rácio de 1 enfermeiro para 3 doentes), seguindo as recomendações da Direção de Serviços de Planeamento de Cuidados Intensivos (Ministério da Saúde, 2003). O método individual também é o método de trabalho de enfermagem.

Presta apoio nas seguintes áreas: técnicas dialíticas intermitentes, realização de broncofibroscopia, implantação de *pacemaker* provisório, entre outras. A equipa de enfermagem é constituída por 41 enfermeiros: 2 na área da gestão, o enfermeiro chefe e o enfermeiro chefe de equipa e 5 equipas em horário de trabalho do tipo *roulement*, em turnos de 12 horas.

Estruturalmente o serviço encontra-se dividido na área da UCI e na área da UCIP.

Neste serviço existem instruções de trabalho elaboradas pelos elementos da equipa de enfermagem, como por exemplo: acolhimento à família, alimentação entérica, administração de insulina, cuidados de higiene oral, manutenção de *pacemaker* provisório, monitorização da pressão intra-abdominal.

Nesta unidade também é inquestionável a importância da presença da família junto do doente. Para o efeito, dispõe de um horário de visitas das 11h00 às 20h00. O serviço tem também uma sala para a transmissão de informação e acolhimento à família. Esta sala, por ser uma sala mais recente relativamente à sala existente no contexto anterior, é uma sala com um ambiente acolhedor, com mobiliário e decoração que permitem melhorar a funcionalidade do espaço, o conforto e bem-estar das famílias. Ao contrário da sala no contexto anterior, não tem luz natural, por se encontrar numa zona central do serviço.

2.2.1 Descrição e análise das atividades desenvolvidas

Os objetivos específicos deste contexto encontram-se apresentados no Quadro 2 com as respetivas atividades realizadas, seguindo-se a descrição, análise crítica e reflexiva de cada uma.

Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

Objetivos	Atividades desenvolvidas
a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCI	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços;• Consultar/conhecer procedimentos internos, respetivos protocolos, orientações específicas e instruções de trabalho existentes;• Participar nas reuniões de serviço e transmissão de informação.
b) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI	<ul style="list-style-type: none">• Prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC;• Gestão de protocolos terapêuticos complexos;• Comunicação eficaz com a pessoa, família e com a equipa de saúde.

a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCI

Ao contrário do serviço onde realizei o estágio anterior, este era completamente desconhecido para mim. Após a reunião de apresentação com o Enfermeiro Chefe e enfermeira orientadora do estágio, tive oportunidade de conhecer a sua estrutura física, circuitos dos doentes, circuitos dos familiares, articulação com os outros serviços, disposição de material clínico e conhecer protocolos e instruções de trabalho.

Sempre que estive em contexto assisti à transmissão de informação de enfermagem, sendo nos primeiros turnos que consegui conhecer mais pormenorizadamente o sistema organizacional da unidade. Foi nesta unidade que tive a oportunidade de aplicar a técnica ISBAR⁶. Segundo a norma da DGS (norma n.º

⁶ ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (identificação), *Situation* (situação atual), *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações).

001/2017 de 08/02/2017), a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para a segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

A partilha dos meus objetivos e atividades de estágio, a discussão e a análise dos mesmos com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro chefe do serviço, permitiu reformular alguns dos mesmos visando um maior número de oportunidades de aprendizagem.

Não posso deixar de referir que esta UCI utiliza as mais diversas tecnologias disponíveis para a promoção da segurança dos doentes e dos cuidados de saúde. É disso exemplificativo o sistema informático *B-Simple* que foi concebido para integrar métodos e rotinas destes serviços, assegurando a operacionalização e transmissão de dados com outros sistemas implementados no hospital. A principal vantagem observada e que facilita muito os cuidados prestados no serviço é a de permitir reunir numa só aplicação diversa informação, como os sinais vitais, valores de gasimetria, exames complementares de diagnóstico, entre outros. Os registos de enfermagem são de extrema importância e a possibilidade de realizar registos e planos de cuidados nesta aplicação foi muito enriquecedora, uma vez que se pode consultar facilmente o *continuum* de registos sobre o diagnóstico levantado. Este sistema funciona como um integrador de sistemas e reúne as informações provenientes da monitorização do doente.

Outro sistema utilizado foi o sistema *Bedsides Tracker* e *Pharmatrec*, sistema de segurança na colheita e na administração de componentes incrementando a segurança e a eficiência a partir do pedido de componentes, passando pela colheita de amostras até à administração das respetivas unidades. Estes garantem a transfusão da unidade certa, para o doente certo, no momento certo e nas condições certas. Garante também a administração da medicação certa na hora certa e no doente certo.

Resultados: À semelhança do estágio anterior, a consulta de protocolos e instruções do serviço facilitaram a minha integração na UCI, familiarizando-me com as suas condutas e rotinas.

Para o sucesso do estágio muito contribuiu a total disponibilidade e colaboração da enfermeira orientadora, enquanto elemento base do processo de orientação, mas também dos restantes elementos que constituem a equipa multidisciplinar do serviço.

Implicou ainda, da minha parte, um estudo contínuo sobre os procedimentos, práticas e valores adotados pelo hospital no geral, e pelo serviço em particular, bem como manter a premissa de que cuidar é “proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (Watson, 2002, p.55).

A técnica ISBAR facilitou a minha capacidade de gestão de transmissão de informação relativa aos doentes na transição de cuidados e permitiu-me objetivar a informação útil e necessária nas transferências de informação entre as equipas prestadoras de cuidados. Pelo exposto, conclui-se que esta técnica de padronização de comunicação em saúde promove a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

A oportunidade de desenvolver competências especializadas com sistemas informatizados conduziu às competências específicas inseridas no domínio da melhoria da qualidade: “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010a).

b) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI

Nesta unidade, para atingir o segundo objetivo, desenvolvi uma multiplicidade de intervenções sendo que irei apresentar as mais relevantes neste percurso.

Numa prática especializada de enfermagem, as intervenções de enfermagem realizam-se com o compromisso de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência; assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (art. 100º do Código Deontológico dos Enfermeiros).

Na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC tive oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, salientando a monitorização hemodinâmica que fornece dados precisos no que se refere aos parâmetros vitais,

permitindo adequar a terapêutica, bem como definir intervenções que evitem possíveis complicações. O enfermeiro responsabiliza-se pela importância da monitorização invasiva, que se traduz na “medição e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos, para determinar o funcionamento cardiovascular e regular adequadamente a terapêutica” (Urden et al., 2008, p. 391). E também, o protocolo de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA⁷ do doente admitido nesta UCI. Não sendo um protocolo desconhecido, a sua execução era.

Promovi cuidados especializados, proporcionando ao doente que o próprio fosse um participante ativo no seu tratamento. Por exemplo, na higienização oral com solução de clorhexidina que nesta UCI está preconizado que ocorra pelo menos duas vezes no dia, concedi autonomia supervisionada aos doentes para que os mesmos a realizassem, criando assim laços de empatia.

A complexidade de cuidados prestados neste estágio associa-se à necessidade de intervir de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção da PSC (OE, 2010b). A prevenção e o controlo de infeção são uma preocupação inseparável dos cuidados de saúde, pelo que o Ministério da Saúde (2013) implementou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, fornecendo orientações para a diminuição de taxas de infeção nosocomial.

Com a realização deste estágio, e após consultar o procedimento instituído sobre o Rastreio de Portadores de MRSA, tive como objetivo a gestão do protocolo com autonomia, uma vez que o rastreio de portadores de MRSA é realizado na admissão aos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA, nomeadamente, todos os doentes transferidos de outras unidades de internamento do hospital com internamento nessa unidade superior a 48 horas. Até ao resultado da pesquisa (entre 48 a 72 horas) o doente permanece em isolamento de contacto, sendo efetuada higiene corporal/banho anti-séptico com gluconato de clorhexidina a 2%, pelo menos, nos primeiros cinco dias após admissão.

Tive oportunidade de mobilizar competências na área da comunicação ao explicar à pessoa e família o que se está e vai passar, quais os procedimentos inerentes à intervenção neste tipo de situações e o circuito definido dentro da instituição. Nesta abordagem, privilegiei o diálogo centrado na pessoa e família, identificando hábitos de vida e crenças, compreendendo o que a doença significa para

⁷ MRSA – *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina

a pessoa e as suas repercussões a nível social e familiar. O envolvimento da família é essencial face às limitações que a pessoa pode apresentar, nomeadamente, a nível da comunicação verbal uma vez que podem dar informação importante sobre os hábitos de vida da pessoa e ajudar o enfermeiro a adequar os cuidados de forma holística.

Resultados: As atividades descritas anteriormente tornaram-se num veículo facilitador para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC, especificamente, mantendo de forma autónoma e contínua o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, enraizando o nível de conhecimento na área da especialização, assim como, no desenvolvimento de um discurso aprimorado de uma metodologia de trabalho eficaz.

Neste contexto, consegui alcançar o conhecimento que o enfermeiro tem para além de se responsabilizar na colaboração da colocação de dispositivos para monitorização hemodinâmica invasiva, gere a sua manutenção e deteção de anomalias na leitura no monitor, bem como na adequada vigilância dos dados obtidos.

Com a realização da atividade Rastreio de Portadores de MRSA, consegui desenvolver a competência “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2010b), relacionada com a competência de mestre em enfermagem na PSC (ESEL, 2010). Ampliei a visão dos enfermeiros para uma enfermagem com novos rumos no saber e no fazer, permitindo que tanto o enfermeiro como o doente sejam coparticipantes no processo de tratamento (Watson, 2002).

À semelhança do contexto anterior, nesta unidade pude constatar que à família é dada prioridade na relação de proximidade do enfermeiro/família.

Acabei por ser um elemento fundamental no suporte emocional nas situações de ansiedade, angústia e de maior perturbação dos doentes e das famílias, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da gestão desses sentimentos, desenvolvendo assim a competência “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” e “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2010b).

Assim, aliado à componente teórica deste Ciclo de Estudos, considero que a experiência nesta UCI foi absolutamente determinante para a aquisição destas minhas competências específicas.

2.3 Serviço de Urgência Geral Polivalente

Este subcapítulo refere-se à última fase do percurso de estágio. Trata-se de um serviço de urgência geral polivalente (UGP) com centro de trauma (CT) integrado, de um hospital central da área de Lisboa.

Este estágio foi realizado naquele que é denominado no serviço de UGP mais especializado e com maior capacidade de oferta de serviços especializados. Para além de todas as especialidades, este serviço encontra-se inserido num hospital central com cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular e neurocirurgia. Dispõe também de imagiologia e de laboratório com capacidade para todo o tipo de análises. Funciona em articulação com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria (Despacho n.º 18459/2006 do Ministério da Saúde).

2.3.1 Caracterização da Urgência Geral Polivalente

A UGP com CT integrado encontra-se inserida num Centro Hospitalar que integra seis unidades hospitalares. Está situada na cidade de Lisboa e tem uma área de influência que contempla 64 freguesias. É um serviço de urgência vocacionado para a admissão de adultos, apesar de também admitir crianças de todas as idades que poderão vir provenientes de outras instituições hospitalares ao cuidado de especialidades.

Este serviço encontra-se dividido por duas áreas de atendimento. A área de ambulatório, que integra a triagem, balcões de atendimento geral (área de verdes/azuis e laranjas/amarelos), pequena cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e meios complementares de diagnóstico. E, a unidade de observação, com capacidade para 22 doentes distribuídos por 5 salas de observação, e ainda um quarto de isolamento. Nesta última, encontra-se também a área das salas de emergência vocacionadas para o doente do foro médico e de trauma. Também

dispõe de uma sala de banho assistido onde é possível prestar cuidados de higiene aos doentes num espaço onde se tornam agentes do autocuidado.

A equipa multidisciplinar é composta por uma equipa médica de várias especialidades contemplando uma equipa fixa de medicina interna no período compreendido entre as 8-16h durante os dias úteis. A equipa de enfermagem é constituída por 123 enfermeiros, divididos por 5 equipas com horário do tipo *roulement* e 1 equipa com horário fixo. O método de prestação de cuidados é o método individual, onde as intervenções de enfermagem são prestadas de acordo com as necessidades da pessoa. A equipa multidisciplinar contempla também assistentes operacionais, equipa de técnicos administrativos e equipa de técnicos superiores de saúde no apoio à realização de meios complementares de diagnóstico.

O estágio decorreu no período entre 29 de Janeiro de 2018 e 9 de Fevereiro de 2018, perfazendo um total de 50 horas. Neste estágio, para além da consciencialização da equipa de enfermagem para a problemática da promoção da segurança da pessoa em situação crítica nas salas de emergência, centrei a minha ação na área da gestão de cuidados.

2.3.2 Descrição e análise das atividades desenvolvidas

O Quadro 3, apresenta os objetivos delineados e as atividades a desenvolver para os atingir.

Quadro 3 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Geral Polivalente

Objetivos	Atividades desenvolvidas
a) Desenvolver competências de enfermagem na área de gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none">Acompanhamento do enfermeiro chefe de equipa responsável pela gestão dos cuidados.
b) Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none">Elaboração de um guia de integração dos enfermeiros às salas de emergência;Instrução de trabalho “Circuito do doente para reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão externa”.

a) Desenvolver competências de enfermagem na área de gestão de cuidados

A realização de estágio no serviço onde exerço funções permitiu um acesso mais facilitado à área da gestão de cuidados de enfermagem. De forma a dar resposta a este objetivo reuni com o enfermeiro orientador, que é responsável pela gestão de cuidados de uma equipa, obtendo uma visão global daquilo que são as preocupações intrínsecas, os problemas existentes e as estratégias de gestão possíveis, bem como dos requisitos de qualidade para os cuidados de enfermagem e dos recursos que o serviço utiliza em concreto para dar resposta a essas mesmas exigências.

Acompanhei o enfermeiro orientador deste contexto na gestão da equipa de cuidados. A existência de todos os recursos materiais e humanos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é uma das preocupações do serviço. Todavia, e como resultado da atual conjuntura económica e financeira, política e social, nem sempre os recursos necessários existem no serviço. Em relação aos recursos humanos, apesar de terem sido contratados para o serviço da UGP novos enfermeiros, esses mesmos enfermeiros não conseguem colmatar a saída de enfermeiros mais experientes e peritos na área. Saliento ainda, a orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados aos doentes. Na gestão de cuidados otimizei o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Este serviço encontra-se acreditado desde 2016 pela CHKS *International Accreditation Programme for healthcare organisations* e certificado pela CHKS ISO 9001:2008. O reconhecimento por parte de entidades externas idóneas dos progressos obtidos em matéria de controlo, garantia e melhoria da qualidade do Centro Hospitalar, é um dos objetivos do seu programa de melhoria contínua. Assim, periodicamente são realizadas diversas auditorias, designadamente, aos registos de enfermagem, a procedimentos realizados, à avaliação de risco (Escala de Braden, Avaliação do Risco de Quedas), entre outros.

Resultados: Através das reuniões e do acompanhamento realizado junto do enfermeiro orientador tive oportunidade de verificar que o trabalho de gestão é imprescindível na qualidade dos cuidados de enfermagem. Tomei consciência de todo o trabalho desenvolvido na retaguarda da prestação direta dos cuidados. A tomada de conhecimento da existência de atividades desenvolvidas que permite a quem está na prestação de cuidados diretos desempenhar um trabalho de qualidade, e em

conjunto com a minha prática de cuidados permitiram desenvolver as competências “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2010a), das quais destaco a optimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, disponibilizando assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e intervindo na melhoria da informação existente no processo de cuidar.

A oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador em funções de chefia da equipa de enfermagem, permitiram melhorar a minha percepção enquanto enfermeira do serviço, da equipa multiprofissional, dos recursos nos seus diversos níveis e da importância da correta gestão dos mesmos.

b) Contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

Sendo o serviço da UGP a porta de entrada de um hospital central com um número elevado diário de admissões, e sendo um serviço de referência na área da emergência e trauma, a melhoria da segurança dos doentes torna-se uma responsabilidade de equipa que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Diário da República, 2.ª série – n.º 28 de 10 de fevereiro de 2015). Assim, é essencial a promoção da segurança da pessoa em situação de emergência.

Após reuniões com a enfermeira chefe do serviço e com o enfermeiro orientador, de forma a expor a minha preocupação com a segurança dos cuidados de enfermagem naquela que é a área mais complexa do serviço - as salas de emergência - obtive a minha autorização para a elaboração de um guia de integração aos enfermeiros nas salas de emergência.

Os guias orientadores podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado.

Como estratégia de divulgação do guia de integração dos enfermeiros às salas de emergência foi proposto, em conjunto com o enfermeiro orientador, a realização de reuniões com os enfermeiros reconhecidos como peritos/enfermeiros de referência nas equipas de enfermagem deste serviço, de forma a uniformizar a aplicação do guia de integração.

No decorrer do estágio, e por ter sido um elo de ligação no novo procedimento instituído no centro hospitalar - reanimação com suporte extra corporal e dispositivo mecânico de compressão externa - tive oportunidade de rever junto dos colegas necessidades de aprimoramento com o procedimento. Assim, e de acordo com a Direção da área de Urgência e Cuidados Intensivos, realizei em conjunto com o enfermeiro orientador a instrução de trabalho sobre este novo procedimento.

Partilhei com a equipa de enfermagem e médica os conhecimentos adquiridos anteriormente, esclarecendo os colegas na área da reanimação assistida por ECMO. Neste seguimento, tive a oportunidade de realizar uma instrução de trabalho sobre o circuito do doente para reanimação cardiopulmonar assistida por circulação extra-corporal (Apêndice V), que após aprovação da Direção da área de Urgência e Cuidados Intensivos foi implementado no serviço.

Resultados: A realização deste estágio permitiu identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos cuidados e desenvolver competências na área da pessoa em situação de emergência.

A elaboração do guia de integração dos enfermeiros às salas de emergência (Apêndice IV) e a realização da instrução de trabalho sobre o circuito do doente para reanimação cardiopulmonar assistida por circulação extra-corporal, permitiram aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da promoção da segurança da pessoa em situação de emergência.

Como contributo para este serviço, saliento a possibilidade de existir um documento orientador das competências dos enfermeiros nas salas de emergência. Esta atividade permitiu desenvolver as minhas competências na produção de conhecimento novo, desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2010).

2.4 Atividades contínuas de desenvolvimento profissional

Durante a realização dos estágios, tive oportunidade de participar em eventos científicos que complementaram o meu desenvolvimento de competências na área da especialização pessoa em situação crítica.

Participei, por convite, como elemento da comissão organizadora de um congresso científico da SPCI (Anexo I). Este congresso reuniu especialistas na área do conhecimento em enfermagem intensiva. Teve como tema central “O contínuo de cuidados na UCI. Da comunidade à UCI – da UCI à comunidade”, centrando-se a escolha na necessidade de quebrar muros entre o mundo dos cuidados intensivos e os cuidados na comunidade.

Neste evento científico participei como moderadora de uma mesa redonda com a temática: “desafios na ventilação” (Anexo II), que contou com temas atuais e palestrantes peritos na área da ventilação e tomada de decisão ética em doentes terminais. Tive a oportunidade de presidir a mesa e orientar a discussão para que a mesma se mantivesse em torno do tema principal.

Participei no congresso “Up to Date Emergência: Do Real ao Ideal”, com a apresentação de uma comunicação livre subordinada ao tema “A segurança da pessoa em situação de emergência: desafios e respostas do enfermeiro especializado” (Anexo III). Este congresso surgiu da parceria que a CESPU (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário), através da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, e o Centro Hospitalar do Médio Ave através da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, estabeleceram para reunir sinergias e proporcionar um espaço de reflexão e debate público sobre questões prementes e atuais na abordagem ao doente crítico.

Este congresso abordou a temática do doente crítico, em ambiente extra-hospitalar e hospitalar. Contou com peritos na área da emergência que defendem que as mudanças que se sucedem na prestação de socorro e a evolução a que as sociedades estão sujeitas, implicam formação e constante atualização dos profissionais de saúde; requisitos essenciais para cuidados de saúde de qualidade. Tive a oportunidade de apresentar a temática que desenvolvi neste CMEPSC.

Participei no II Simpósio de Medicina Intensiva, uma organização do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Lisboa Norte com o apoio da SPCI (Anexo

IV). Foram apresentados um conjunto de trabalhos relacionados com os novos desafios do ECMO, doação em coração parado, comportamento organizacional e gestão, monitorização hemodinâmica e doente neurocrítico. Contou com palestrantes internacionais e nacionais peritos nas áreas.

Resultados: Considero que a participação em eventos científicos permitem desenvolver uma compreensão aprofundada e inovadora do discurso contemporâneo sobre a saúde/doença e a sua implicação nas políticas de saúde, na prática dos profissionais de saúde e na organização dos cuidados à pessoa em situação de emergência.

A oportunidade de partilhar os resultados das minhas pesquisas em eventos científicos, culminaram num crescimento científico e profissional, permitindo demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa determinada área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais da disciplina. A participação nestes eventos constituiu um processo gerador de evidência científica na área da enfermagem de emergência que contribui para que a minha *praxis* clínica seja avançada e suportada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2.5 Questões éticas no cuidar em enfermagem

Os enfermeiros têm um papel preponderante no cuidar do doente e família, uma vez que a essência da enfermagem é o cuidar, fundamentando-se no respeito pelos direitos e na dignidade humana. Neste sentido, ao longo dos estágios, e numa perspetiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente e família assentaram no princípio da dignidade humana. O Código Deontológico do Enfermeiro, nº 1 do artigo 78 menciona que “as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2003).

A OE (2003) defende que a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais numa relação profissional. Neste seguimento, o enfermeiro deve

cuidar de todos os doentes sem os discriminar por motivo algum que seja, promover o seu bem, o seu benefício tendo em atenção o reconhecimento que cada pessoa é um fim em si mesma: livre, autónoma e capaz de decidir por si mesma (OE, 2003). O cuidado é uma finalidade em enfermagem tendo como objetivo contribuir para o bem-estar de todos aqueles de quem cuida.

Os enfermeiros têm o contacto mais próximo e contínuo com o doente e família e para além dos cuidados de enfermagem devem assumir um “papel significativo no bem-estar psicológico do doente” (Azevedo et al., 2010, p. 35).

Durante os estágios, no processo de cuidar do doente e família em UCI e UCIP, tive oportunidade de criar uma harmonização, com os objetivos e com o mesmo modo de abordagem para que o doente e família se sentissem seguros de que todas as suas necessidades teriam uma resposta eficaz. Desde o primeiro contacto do doente e família que incentivei a que estes tivessem o poder de decisão sobre si próprio, promovendo a sua independência, a sua responsabilização e autocuidado. Foram respeitados direitos e deveres éticos nesta relação de cuidar. Tais como:

- Direito à vida e à qualidade de vida (Art. 82) que se resume a atribuir valor à vida de qualquer pessoa; respeitar as dimensões bio-psicossocial, cultural e espiritual de cada pessoa; valorizar a vida e a qualidade de vida recusando a participação em alguma forma de tratamento desumano. Estes direitos transformam-se em deveres que devem ser assumidos pelo enfermeiro em cada ato de cuidar. Prestei cuidados em fim de vida respeitando as dimensões culturais e espirituais da pessoa.
- Do dever de informação (Art. 84), a informação baseia-se na capacidade de comunicar de cada um dos intervenientes. Neste campo, tive o dever de:
“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2003).

Estas premissas na minha acção visaram proteger, promover a liberdade individual e o respeito pelas decisões tomadas por cada um, desde que sejam esclarecidas.

- Do dever do sigilo (Art. 85), que obriga o enfermeiro a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. Deste modo, é salvaguardado “que o dever de sigilo ou de segredo existe como forma de

preservar um direito, ou seja, é pelo direito à confidencialidade, que se afirma o dever de sigilo” (OE, 2003). Durante os estágios, considerei sempre confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família; só partilhei a informação pertinente com aqueles que estavam implicados no plano de cuidados, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; mantive o anonimato da pessoa em reflexões como o jornal de aprendizagem e no estudo de caso realizado.

Realizando uma descrição e análise das questões éticas que se colocaram ao longo do estágio e o modo como foram abordadas, saliento o dever de informação, explanado no art. 84 (OE, 2003), tendo sempre presente sempre a necessidade de informar o doente e família sobre os cuidados de enfermagem que estavam a ser prestados, promovendo o consentimento informado dos atos realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de cuidados em situação crítica requer uma intervenção segura, imediata e pautada pela consciência do seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa (Nunes, 2015). Assim, aspetos como a formação dos profissionais ou o trabalho em equipa, assumem proporções muito relevantes na atenção a situações graves, instáveis e potencialmente danosas.

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série – n.º 28, de 10 de Fevereiro de 2015, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

A promoção da segurança da pessoa em situação de emergência está assim intrinsecamente ligada ao reconhecimento das competências dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, e a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve assentar em normas e procedimentos institucionais que identifiquem ações preventivas e avaliem as medidas tomadas.

A literatura científica recomenda que sejam elaborados guias orientadores da boa prática de cuidados, sendo que as consequências de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os doentes alvo das suas intervenções, que podem inclusivamente e em determinadas circunstâncias serem medidos através de aplicações informatizadas, que contenham um resumo mínimo de dados (Werley et al., 1991). Estes guias, quando são rigorosamente elaborados e utilizados podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado.

De acordo com o preconizado no Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC da ESEL, desenvolvi competências de enfermagem especializada em três contextos de estágio, reconhecidos como locais de referência no tratamento e vigilância da PSC, com o intuito de consolidar conhecimentos e refletir sobre a minha prática profissional (Carvalho, 2003).

O conceito de desenvolvimento da profissionalidade reflete a qualificação quanto a competências, conhecimentos, sentimentos e postura ética relativos à

profissão, portanto, “há que integrar conhecimento estruturado e conhecimento experiencial para construir um percurso de desenvolvimento profissional” (Oliveira–Formosinho, 2002, p. 146).

A minha experiência profissional de 11 anos num serviço de urgência geral polivalente com centro de trauma integrado, tornou-se num elemento facilitador durante a realização dos estágios, uma vez que as intervenções realizadas não constituíam uma total novidade para mim. Por outro lado, a complexidade da tecnologia e o recurso a técnicas invasivas, tornaram-se num desafio ao meu desenvolvimento.

Analisando os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas, torna-se visível um conjunto de competências do domínio comum e específico da área de especialização em enfermagem da PSC, em particular na vertente da promoção da segurança à pessoa em situação de emergência. Destaco o domínio da melhoria da qualidade, colaborando na concepção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetuando a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional; a mobilização de conhecimento na resolução de problemas em áreas específicas da enfermagem, tendo como base uma *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento; a prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos; assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

O percurso formativo deste semestre foi pautado por uma constante pesquisa da literatura que permitiu retirar subsídios na área de conhecimento deste Mestrado em Enfermagem, onde saliento a realização da RIL como método de implementar as etapas de um trabalho científico, permitindo dar suporte a uma intervenção especializada que irá ser profícuo na minha vida profissional. A sustentação teórica de enfermagem adotada foi a teoria de Jean Watson que permitiu um olhar mais atento e sólido sobre o cuidar da pessoa e sua família, subsidiando a minha prática profissional, levando-me ao autoconhecimento, à humanização das relações e do cuidar em enfermagem.

Os momentos de formação contínua, transversais aos três contextos de estágio, permitiram adquirir e consolidar conhecimentos e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos

de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, em contexto de UCI e UGP. Saliento a prestação de cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa submetida à técnica de ECMO e TSFR contínua e intermitente; a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, como o da insulinoaterapia; gestão da comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, adaptando a comunicação à complexidade de cada pessoa/família; prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e identificando focos de instabilidade.

Identifico a realização de análise reflexiva, individual e coletiva, junto dos enfermeiros orientadores e professora orientadora, que permitiram refletir sobre o sentido do que fazemos e como fazemos. A prática reflexiva possibilita uma panorâmica geral da situação, a identificação dos pontos-chave e a importância de cada um deles (Almonacid-Fierro & Moreno-Doña, 2014; Grainger, 2010). Segundo Santos (2004, p. 59), a “prática reflexiva tem vindo a constituir-se com um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas”. Esta prática permitiu-me realizar uma análise consciente acerca do que se passou e o que se praticou.

Considero que contribuí para uma uniformização de práticas, qualidade e segurança dos cuidados prestados, através da criação de um guia orientador dos enfermeiros que prestam cuidados à PSC, promovendo a segurança da pessoa em situação de emergência.

Neste momento conclusivo, importa realizar uma reflexão pessoal, analisando as forças, fraquezas e oportunidades decorrentes deste estágio.

Como forças, sublinho o contacto com outros profissionais e a vivência de diferentes realidades. Tive a oportunidade de partilhar experiências e conhecimentos com aqueles que tive um contacto mais direto, em especial com enfermeiros orientadores em diferentes estágios. As atividades desenvolvidas nos campos de estágio foram ao encontro das necessidades dos serviços, particularmente na promoção da segurança da pessoa em situação de emergência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. Foi possível ao longo do estágio aprofundar competências como formadora através de apresentação de várias sessões de formação, desenvolvendo competências na comunicação para audiências

especializadas e não especializadas, utilizando um discurso fundamentado. A pesquisa bibliográfica necessária para a elaboração de trabalhos promoveu a percepção da importância da prática baseada na evidência sustentando, por seu lado, a tomada de decisão.

Como fraquezas, não posso deixar de referir que o tempo de estágio, dividido em três módulos, tornou-se diminuto, constituindo um obstáculo na avaliação dos objetivos propostos.

Refletindo nas oportunidades, o envolvimento dos profissionais de ambos os serviços onde foram desenvolvidos os três estágios foi um elemento facilitador no desenvolvimento das atividades desenvolvidas. Tive oportunidade de integrar um projeto novo na instituição onde exerço funções desde a sua fase de implementação até à concretização, sendo agora um elo de ligação entre serviços que se cruzam no *continuum* de cuidados à pessoa em situação de emergência. Os meus pares veêm-me como uma referência nesta temática, sendo recorrente o pedido de esclarecimento de dúvidas e aconselhamento.

Durante o estágio existiu sempre a responsabilidade sobre os compromissos assumidos tal como com as exigências que a escola e o estágio revelam, tal como a pontualidade e assiduidade foram pontos positivos no decorrer dos mesmos. Quanto à conduta perante os profissionais, foram promovidos valores positivos demonstrando sempre bom profissionalismo nas ações realizadas. Foi dado ênfase ao trabalho em equipa.

A temática escolhida sempre foi uma temática que me interessou, com a realização do último estágio e com a pertinência da existência de guias orientadores de boas práticas de cuidados penso investir ainda mais e juntamente com um grupo de peritos na área, produzindo um guia uniformizado de boas práticas de cuidados à pessoa em situação emergente que possa ser transversal a todas as salas de emergência do país.

No final deste relatório, termino com a noção de ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. A nível pessoal cresci e amadureci tornando-me num profissional reflexivo capaz de mobilizar informação científica, técnica, ética e relacional com alicerces da prática baseada na evidência. É minha pretensão que este documento acrescente valor ao conhecimento sobre a promoção da segurança da pessoa em situação de emergência, e que venha a contribuir para a intervenção dos enfermeiros junto da PSC no sentido de valorizar e adequar estratégias de promoção

da segurança. Desejo que os enfermeiros nesta área procurem a perícia nos cuidados à PSC, tendo como finalidade não só a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também a satisfação da pessoa/família e dos profissionais.

Pretendo avançar com a publicação da RIL e do estudo de caso, de forma a disseminar conhecimento em enfermagem.

Termino este documento consciente de que nunca se aprende tudo, mas aprende-se sempre ao longo da vida e que esta só faz sentido e se torna significativa quando um conjunto de motivações nos impelem para ultrapassar as barreiras. Ambiciono que os ganhos obtidos sejam impulsionadores do desenvolvimento de trabalhos de investigação em temáticas dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Rua, I. (Julho – Setembro, 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378. Acedido a 9 de Novembro de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Alarcão, I. (1996). Formação reflexiva de professores, estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora.
- Almonacid-Fierro, A. M.-N. y Moreno-Doña, A. (Setiembre-diciembre, 2014). Caracterización del saber pedagógico: Estudio en profesorado novel [Caracterização do conhecimento pedagógico: Estudo do corpo docente iniciado]. *Revista Electrónica Educare*, 18(3), 173-190. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-3.10>.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bhat, N.; Reed, S.; & Steelman, L. (2011). The Emergency Department: Departmental Assessment Project.
- Carvalho, R. (2003). Parcerias na Formação. Papel dos orientadores Clínicos. Perspectivas dos actores. Loures: Lusociência.
- Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 29 de Março, 2017, em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>.
- Comissão Europeia – Saúde EU : segurança dos doentes. [Em linha]. Bruxelas: Comissão Europeia, 2012. Acedido a 26 de Novembro, 2017, em <http://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7793a6d7-9b41-4a6d-a6b7-0ff8c685c327/language-pt/format-PDF>.

Diário da República (2015). Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2001). Rede hospitalar de Urgência/Emergência.

Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.

Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.

Direção Geral da Saúde (2010a). Circular Normativa No 15/DQS/DQCO - Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência. Lisboa. Acedido 01-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...dgs/...e.../circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.asp>.

Direção Geral da Saúde (2010b). Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (Vol. 1). Acedido 21-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017 –Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores Dublin. Acedido a 26 de Janeiro de 2018, em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>.

Dragancea, I., Horn, J., Kuiper, M., Friberg, H., Ullén, S., Wetterslev, J., ... Cronberg, T. (2015). Neurological prognostication after cardiac arrest and targeted temperature management 33°C versus 36°C: Results from a randomised controlled clinical trial. Resuscitation, 1–7. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.04.013.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). N.º NCE/09/01932 Objectivos e Competências do CMEPSC. (N.º Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o no NCE/09/01932). Acedido a 4 de Fevereiro de 2018, em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>.

European Resuscitation Council (2013). ERC Statement on targeted temperature management. Therapeutic hypothermia following cardiac arrest: recent studies on targeted temperature management. Acedido a 15 de Janeiro de 2018, em <http://www.endurlifgun.is/static/files/statement-on-targeted-temperature-management.pdf>.

Extracorporeal Life Support Organization (2013). General Guidelines for all ECLS Cases Version 1.3. Disponível em <http://www.elseo.org/resources/guidelines>.

Extracorporeal Life Support Organization (2014). ELSO Anticoagulation Guideline. Disponível em <http://www.elseo.org/Portals/0/Files/elseoanticoagulationguideline8-2014-tablecontents.pdf>.

Extracorporeal Life Support Organization (2015). Vision. Disponível em <http://www.elseo.org/Excellence/Vision.aspx>.

Grainger, A. (2010). What if...? Reflective practice [E se...? A prática reflexiva]. British Journal of Healthcare Assistants, 4(5), 226-228. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjha.2010.4.5.47971>.

Joint Commission (2016). Sentinel Event Statistics Released for 2015. Joint Commission Perspectives, 36 (4), 10.

Kéroutac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). El Pensamiento Enfermo. Barcelona: Elsevier Masson.

Linton, P. (1992). Creating a total healing environment. New York. In Symposium on Healthcare Design.

Lynn, M. et al. (2007). Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research*. Volume 56, n.º 3, p. 159-166. ISSN: 1538-9847.

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2018, em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

National Patient Safety Agency (2007). *Recognising and Responding Appropriately to Early Signs of Deterioration in Hospitalised Patients*. London: NHS. Acedido a 11 de Outubro de 2017, em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60151>.

Nielsen, N., Wetterslev, J., Cronberg, T., Erlinge, D., Gasche, Y., Hassager, C. et al. (2013). Targeted temperature management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest. *The New England Journal Of Medicine*, 369 (23), 2197-2206.

Nightingale, F. (1989). *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo: Cortez. Disponível em: <http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/08/florence-nightingale.html>.

Nolan, J. P., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moulaert, V. R. M., Deakin, C. D., ... Sandroni, C. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015. *Resuscitation*, 95, 202–222. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.018.

Norma n.º 07/DQS/DQCO 31 de Março (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Nunes, F. M. F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência: “agir rapidamente, pensar lentamente”. *Nursing*, 219, 7-11.

Oliveira-Formosinho, J. (2002). O desenvolvimento profissional das educadoras de infância: entre os saberes e os afetos, entre a sala e o mundo. In M. L. de A.

Machado (Org.), Encontros e desencontros em educação infantil (pp. 133-167). São Paulo: Cortez.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente. Acedido a 29 de Janeiro de 2018, em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2_Maio2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Acedido 02-02-2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf.

Ordem dos Médicos (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de doentes críticos: recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Organização Mundial de Saúde (2009). Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization. Genebra. Acedido a 9

de Novembro de 2017, em
<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>.

Rabiais, I. (2016). A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado. Polónia: Novas Edições Académicas.

Sánchez, G. (1999). Dorothea E. Orem. Aproximación a su teoría [Aproximação à sua teoria]. Revista Rol Enfermería, 22 (4), 309-311. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/12785242_Dorothea_E_Orem_thoughts_on_her_theory.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Revista Referência, 11, 59-62. Acedido a 9 de Novembro de 2017, em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). The Lan's Enfermagem de Cuidados Intensivos Diagnóstico e Intervenção. (Lusodidacta, Ed.) (5a Edição). Loures.

Watson, J. (1985). Nursing the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University.

Watson, J. (1985). Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Conn. Appleton-Century-Crofts.

Watson, J. (1998). Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers. Paris: Seli Arsean.

Watson, J. (1999). Nursing: Human Science and Human Care - A Theory of Nursing (2a ed.). Washington, DC: National League for Nursing Press.

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

Werley H. H., Devine E. C., Zorn C. R., Ryan P., Westra B.L.. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. Am J

Public Health. 1991 April; 81 (4): 421-426. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1405031/>.

WHO (2005). Prehospital trauma care systems. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - Patient Safety Solutions. Acedido a 12 de Dezembro, 2017, em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

World Health Organization (2009). Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization. 2009. ISBN 978 92 4 159774 6.

World Health Organization. (2004). WHO World Alliance for Patient Safety. Drug Safety (Vol. 28). Geneva. doi:10.2165/00002018-200528050-00002.

Legislação:

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República I Série, N.º 151 (07-08-2013) 4749–4772.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª Série, n.º 28 (10-02-2015) 3882–(2)–3882–(10).

Despacho n.º 14341/2013 de 6 de novembro (2013). Critérios e regras semiológicas médico-legais para a verificação da morte cerebral, que permitam reger a colheita de órgãos em doentes em paragem cardiocirculatória irreversível. Diário da República, 2.ª Série, n.º 215 (6-11-2013) 32855–32856.

Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República 2.ª Série, N.º 38 (22-02-2013) 7179–7180.

Despacho n.º 9063/2017 de 13 de outubro (2017). Determina o alargamento do projeto-piloto, destinado a otimizar a doação de órgãos em dador falecido em paragem cardiocirculatória, aos Centros Hospitalares de Lisboa Norte e de Lisboa Central, e integra este tipo de colheita de órgãos no Centro Hospitalar de São João. Diário da República, 2.ª série, n.º 198.

Lei n.º 156/2015. Diário da República, 1.ª série, nº 181, de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (alteração da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro).

Lei n.º 44/2017, de 19 de junho. Diário da República, 1.ª série, nº 116, de 19 de junho. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (alteração da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).

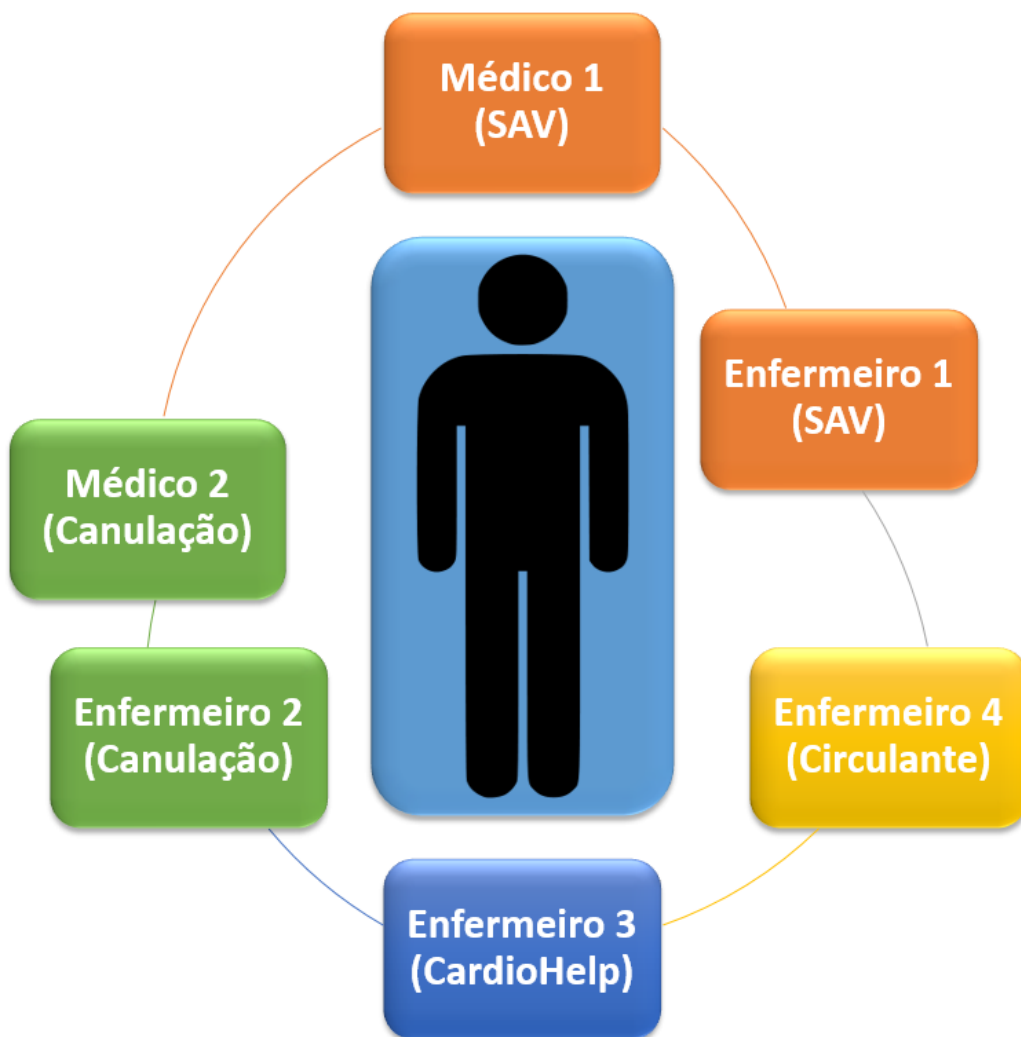
APÊNDICES

APÊNDICE I

Organização da equipa eCPR

Organização da Equipa eCPR

A chave do sucesso da canulação durante o eCPR é o uso apropriado do equipamento, profissionais adequados e trabalho em equipa



Organização da Equipa eCPR

Atenção: CardioHelp com circuito MECC® preparado antes da ativação da equipa (depois de realizado o priming, o circuito tem validade de 1 mês).

Médico SAV - Team Leader

Posicionamento: Cabeceira do doente

Funções:

- Comanda manobras de SAV
- Recebe a informação do médico da VMER/UGP/EEMI
- Assegura via aérea e ventilação
- Assegura administração adequada de fármacos e de desfibrilhação—NÃO DESFIBRILHA ENQUANTO ESTIVEREM COLOCADOS FIOS GUIAS DA CANULAÇÃO
- Reconhece e trata causas reversíveis da PCR

Enfermeiro SAV

Posicionamento: Lado esquerdo do doente

Funções:

- Antes da chegada do doente
 - Posiciona carro de emergência ECMO
 - Pede monitor defibrilhador à UGP
- Recebe informação do enfermeiro da VMER/UGP/EEMI
- Monitoriza o doente e coloca os eléctrodos multifunções conectados ao desfibrilhador da UUM
- Confirma acesso venoso
- Apoia as manobras de SAV

- Regista tempos
 - Assegura compressões torácicas
 - Bateria do Lucas® (conectar à electricidade)
- Prepara e administra fármacos
- Administra desfibrilhação de acordo com a indicação médica - NÃO DESFIBRILHAR ENQUANTO ESTIVEREM COLOCADOS FIOS GUIA DA CANULAÇÃO

Médico CANULAÇÃO

Posicionamento: Lado do doente a canular

Funções:

- Verifica critérios de exclusão
- Escolhe as cânulas
- Prepara mesa cirúrgica
- Canula a artéria e a veia
- Conecta o circuito
- Fixa as cânulas

Enfermeiro CANULAÇÃO

Posicionamento: Ao lado do médico que vai canular

Funções:

- Vai buscar e liga o ecógrafo
- Preparação de todo o material necessário para a canulação
- Apoia na canulação
 - Gestão dos fio-guia

- Apoio na endoscopia
- Apoia na conexão do circuito

Enfermeiro PERFUSÃO

Posicionamento: Lado do doente a canular

Funções:

Antes da chegada do doente

- Confirma validade do Priming do CardioHelp
- Inicia o equipamento
- Confirma a ausência de ar no circuito
- Coloca a zero o sensor de fluxo e programa 4000 rpm (não iniciar sem deixar circular durante pelo menos 1 minuto)
- Prepara 5000 UI de Heparina (1mL de heparina + 4mL de Sf 0.9%) e entrega ao Enfermeiro SAV quando for para administrar

Após a entrada do doente

- Com a ajuda de um AO retira a roupa do doente e desinfecta zona a canular
- Após conexão do circuito inicia o fluxo do ECMO:
 - Débito de 3L/min
 - Sweep de 3L com FiO2 30%

Enfermeiro CIRCULANTE

Posicionamento: Lado do doente a canular

Funções:

- Confirma que estão todos os carros de ECMO
- Assiste o médico que vai canular na preparação da mesa cirúrgica:
 - 2 campos estéreis 150x100cm;
 - 1 campo estéril 150x190cm;
 - 1 taça grande + 1L de Sf 0.9%;
 - 1 conjunto de clampes metálicos do ECMO;
 - 2 seringas vesicais;
 - 1 PIK 150 cm;
 - 1 fio guia 150 cm;
 - 1 trousse CVC;
 - 2 sedas 0;
 - Manga ecógrafo;
 - Lidocaína gel esterilizada;
 - Desinfectante (clorhexidina);
 - 4 pacotes compressas esterilizadas 10x10cm;
 - 2 pacotes compressas esterilizadas 30x15cm;
- Fornece as cânulas assim que colocados os respetivos guias;
- Assiste na fixação das cânulas;

Preparação do CardioHelp com circuito MECC:

- Conecta a misturadora de ar às rampas de ar comprimido e O₂;
- Liga o cardiohelp, escolhe a modalidade VA e faz “override” dos alarmes;
- Encaixa o oxigenador, coloca 2 prolongamentos com torneira nos acessos superiores, um prolongamento fino com torneira (kit MECC) no acesso arterial inferior e liga o oxigenador à fonte de O₂;
- Clampa qualquer linha extra (que não é azul nem vermelha);
- Coloca sensor de fluxo;
- Coloca o saco de priming no suporte, com as torneiras superiores abertas, clampa linha venosa e preenche com 2L Sf; fecha as torneiras;
- Liga o saco de priming ao circuito, desclampa linha venosa e preenche o circuito, verificando se o oxigenador está bem preenchido (se não ficar totalmente preenchido aspirar o ar pelo acesso arterial superior);
- Expurgar todos os prolongamentos;
- RPM 3000 durante 2 minutos;
- RPM 0 e zerar sensor de fluxo;
- RPM 4000 durante 1 minuto;
- RPM 0; SWEP 3L FiO₂ 100%;
- Coloca tampa amarela;
- Retira saco priming coloca o MECC em circuito fechado;
- Verifica se não há ar no circuito.

APÊNDICE I

Cartão de Identificação das funções dos enfermeiros na equipa eCPR

ENFERMEIRO CANULAÇÃO



Posicionamento: Ao lado do médico que vai canular

Funções:

- Vai buscar e liga o ecógrafo
- Apoia na canulação
 - Gestão dos fio-guia
 - Apoio na ecoscopia
- Apoia na conexão do circuito

ENFERMEIRO SAV



Posicionamento: Lado esquerdo do doente

Funções:

- Antes da chegada do doente
 - Posiciona carro de emergência ECMO
 - Pede monitor desfibrilhador à UGP
- Recebe informação do enfermeiro da VMER
- Monitoriza o doente e conecta os elétrodos multifunções ao desfibrilhador da UUM
- Confirma acesso venoso
- Apoia as manobras de SAV
- Regista tempos
 - Assegura compressões torácicas
 - Bateria do Lucas® (conectar à electricidade)
- Prepara e administra fármacos
- Administra desfibrilhações de acordo com a indicação médica—**NÃO DESFIBRILHAR ENQUANTO ESTIVEREM COLOCADOS FIOS GUIA**

ENFERMEIRO PERFUSÃO



Posicionamento: Lado a canular do doente

Funções:

Antes da chegada do doente

- Inicia o equipamento
- Confirma ausência de ar no circuito
- Coloca a zero o sensor de fluxo e programa 4000rpm (não iniciar sem deixar circular durante pelo menos 1 minuto)
- Prepara 5000 UI de Heparina (1mL de heparina + 4mL de Sf) e entrega ao Enfermeiro SAV quando for para administrar

Após a entrada do doente

- Com a ajuda de um AO retira a roupa do doente e desinfecta zona a canular
- Após conexão do circuito inicia o fluxo do ECMO:
 - Débito de 3L/min
 - Sweep de 3L com FiO2 30%

ENFERMEIRO CIRCULANTE



Posicionamento: Lado a canular do doente

Funções:

- Traz os carros de ECMO
- Assiste o médico que vai canular na preparação da mesa cirúrgica:
 - 2 campos estéreis 150x100cm
 - 1 campo estéril 150x190cm
 - 1 taça grande + 1L de Soro Fisiológico
 - 1 conjunto clampes metálicos do ECMO
 - 2 seringas vesicais
 - 1 PIK 150cm
 - 1 fio guia 150cm
 - 1 trousse CVC
 - 2 sedas O
 - Manga ecógrafo
 - Lidocaína gel esterilizada
 - Desinfetante (clorohexidina)
 - 4 pacotes comp. esterilizadas 10x10cm
 - 2 pacotes comp. esterilizadas 30x15cm
- Fornece as cânulas assim que colocados os respectivos gulas
- Assiste na fixação das cânulas

APÊNDICE II

Guia da equipa de resgate – ECMO

LISTAGEM DE EQUIPAMENTO - EQUIPA DE RESGATE

Data e hora de verificação: ____ / ____ / ____ : ____

Elemento que verifica: _____

Prancheta com documentação

- ☐ Checklist Material e Equipamento
- ☐ Questionário Clínico ECMO
- ☐ Folha de Evolução Clínica
- ☐ Checklist Priming
- ☐ Protocolo de Verificação Diária
- ☐ Protocolo de Anticoagulação

CardioHelp®

- ☐ Sensor de bolhas/fluxo
- ☐ Cabo de pressões
- ☐ Cabeça de medição venosa
- ☐ Cabo de alimentação

Caixa 1 - Equipamentos

- ☐ 2 extensões com 3 entradas
- ☐ Seringas infusoras
 - ☐ Cabo de alimentação para cada seringa
- ☐ Ventilador de transporte
 - ☐ Traqueia
 - ☐ Carregador do ventilador de transporte
- ☐ Monitor de transporte
 - ☐ Cabo de ECG
 - ☐ Cabo de pressão arterial invasiva com respetivo transdutor de pressão
 - ☐ Manga de pressão não invasiva
 - ☐ Oxímetro
 - ☐ Cabo de alimentação

Mala de Canulação

- ☐ 2 mangas estéreis para ecógrafo
- ☐ 1 lubrificante estéril
- ☐ 1 kit com 4 clamps Crawford® estéreis } Carro eCPR
- ☐ 6 fios de sutura 0
- ☐ 5 lâminas bisturi
- ☐ 3 campos esterilizados 100x150 cm
- ☐ 2 campos esterilizados 150x190 cm
- ☐ 4 pacotes de compressas esterilizadas 30x15 cm
- ☐ 10 pacotes de compressas esterilizadas 10x10 cm
- ☐ 2 seringas vesicais
- ☐ 2 seringas de perfusão 50mL
- ☐ 1 Ebonite / taça grande
- ☐ 2 desinfetantes com álcool 70% e clorohexidina 2%
- ☐ Kit priming de emergência
- ☐ Soro Fisiológico 0,9% 1000mL

Bolsa Interna tampa

- ☐ 2 conjuntos de cânulas perfusão distal 6 Fr
- ☐ 6 clamps plástico esterilizados
- ☐ 1 Tesoura esterilizada
- ☐ 1 Conjunto braçadeiras esterilizadas

Caixa de apoio

- ☐ 2 torneiras
- ☐ 3 pralongamentos 15 cm
- ☐ 2 conectores macho-macho com lower-lock
- ☐ 2 lower-lock com porta
- ☐ 4 lower-lock sem porta
- ☐ 1 fixador de cânula
- ☐ Fita de nastro

Mala de Cânulas

- ☐ 2 kits de oxigenador
- ☐ PIKs
 - ☐ 2 PIK 150 cm
 - ☐ 2 PIK 100 cm
 - ☐ 2 fio guia extra com 150 cm
- ☐ Cânulas
 - ☐ 1 cânula venosa 23 Fr
 - ☐ 2 cânula venosas 25 Fr
 - ☐ 1 cânula venosa 29 Fr
 - ☐ 1 cânula arterial 17 Fr
 - ☐ 2 cânulas arteriais 19 Fr

Mala de Reanimação

VIA AÉREA

Bolsa Lateral Direita

- ☐ 1 conjunto de laringoscópio completo
 - ☐ Cabo de laringoscópio com bateria
 - ☐ Conjunto de lâminas de laringoscópio
 - ☐ Tubos orotraqueais tamanhos 6; 7; 7,5; 8 e 8,5
 - ☐ Condutor para tubo traqueal
 - ☐ Rolo de fita de nastro
 - ☐ Seringa 10 mL
 - ☐ 1 Pinça Maguill
 - ☐ 1 pela em T HME
- } Carro eCPR

Bolsa superior da tampa

- ☐ 1 insuflador manual
- ☐ 1 tubo conexão de O₂
- ☐ 2 filtros HME
- ☐ 2 Swível
- ☐ 3 máscaras para insuflador manual (n.º 3, 4, 5)

Bolsa Lateral Esquerda

- ☐ 2 sondas gástricas (CH 20 / 18)
- ☐ 2 sacos de drenagem
- ☐ 1 seringa vesical
- ☐ 1 lidocaína gel
- ☐ Kit Glicémia capital
 - ☐ 1 máquina de glicémia capilar
 - ☐ 10 fitas de reagente de glicémia capilar
 - ☐ 10 lancetas para glicémia capilar
- ☐ Luvas esterilizadas 2 cada (6; 6,5; 7; 7,5)
- ☐ Luvas limpas (S / M / L)
- ☐ Eléctrodos

Bolsa inferior da tampa

- ☐ 1 Rolo de Mefix
- ☐ 4 prolongamentos de perfusão
- ☐ 2 abocath G14
- ☐ 3 abocath G18
- ☐ 3 abocath G20
- ☐ 3 abocath G22
- ☐ 3 serginas de 20 mL
- ☐ 4 sistemas de soro com controlador de gotas
- ☐ 4 pronlongamentos 15 cm

Caixa de apoio

- ☐ 4 torneiras
- ☐ 6 tampas
- ☐ 4 válvulas bidirecionais
- ☐ 2 transfers
- ☐ 4 lâminas de bisturi n.º 24

Base da mala

- ☐ 1 saco de 500 mL de gelatina (colóide)
- ☐ 1 saco de 1000mL de polieletrolítico simples
- ☐ 1 saco de 1000mL de polieletrolítico com glucose
- ☐ 1 saco de 1000mL de Lactato de Ringer
- ☐ 2 sacos de 100mL de SF 0.9%

- ☐ 2 sacos de 100mL de Glucose em água
- ☐ 2 frascos de Bicarbonato 8,4% 100mL

Mala de apoio circuito ECMO

- ☐ 4 clamps Crawford esterilizados
- ☐ 4 clamps de plástico esterilizados
- ☐ 2 campos esterilizados 100x150 cm
- ☐ 4 pacotes de compressas 30x15 cm
- ☐ 1 seringa vesical
- ☐ 3 conectores de circuito
- ☐ 1 tesoura esterilizada
- ☐ 1 desinfetante com álcool 70% e cloroheixidina 2%

Caixa de fármacos

- ☐ Adrenalina 1 mg – 10
- ☐ Atropina 0,5 mg – 6
- ☐ Amiodarona 150 mg – 6
- ☐ Glucose 30% - 4
- ☐ Noradrenalina 10 mg – 4
- ☐ Dobutamina 250 mg – 2
- ☐ Labetalol 100 mg – 2
- ☐ Dinitrato isossorbido 10 mg – 2
- ☐ Midazolam 50 mg – 3
- ☐ Midazolam 15 mg – 2
- ☐ Propofol 1% - 2
- ☐ Heparina sódica 250000 UI – 2
- ☐ Sulfato de protamina 50 mg – 2
- ☐ Morfina 10 mg – 2
- ☐ Lidocaína 2% - 1 frasco 20mL
- ☐ Brometo Rocurónio - 2

ESQUEMA DE CAIXA DE FÁRMACOS

Lidocaína 2% - 1	Noradrenalina 10mg – 4 Morfina 10mg - 3	Heparina 250000 UI – 2 Sulf. protamina 50mg - 2	Propofol 1% - 2 Midazolam 50mg - 3	Midazolam 15mg – 2 Br. Rocurónio 50mg - 2
Seringas 5mL – 4 Agulhas SC – 2 Agulhas IM - 2 Agulhas Diluição - 5	Seringas 10mL - 4		Glucose 30% - 4	
Adrenalina 1mg - 10	Atropina 0,5mg - 6	Amiodarona 150mg - 6	DNI 10 mg – 2 Dobutamina 250 – 2 Labetalol 100 mg - 2	
SF 0,9% - 2				SF 0,9% - 2

APÊNDICE III

Sessão de formação:

“Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão externa”

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Sessão de Formação
**Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo
mecânico de compressão externa**

Cláudia Sofia Mendonça Serrano

Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa
Outubro, 2017



PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão externa

Destinatários: Enfermeiros que desempenham funções no Hospital, nomeadamente no Serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Tempo previsto: 90 minutos.

Datas: 11; 12; 17; 19; 23; 25 (2x) de Outubro de 2017

Local: Sala de Formação da UCI

Objetivo Geral: Apresentar os critérios de seleção dos candidatos a reanimação assistida com circulação extracorporal (eCPR) e o circuito do doente.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para a importância de conhecer os critérios de seleção dos candidatos a eCPR e o circuito do doente;
- Apresentar o programa eCPR em vigência no Centro Hospitalar;
- Apresentar e sensibilizar para o correto manuseamento do dispositivo mecânico de compressões externas (DMCE);
- Apresentar o conceito de ECMO;
- Apresentar o conceito de Via Verde PCR;
- Definir os critérios de inclusão e exclusão;
- Identificar o circuito do doente;
- Demonstrar a utilização e simular com o DMCE.

Metodologia: expositiva, demonstrativa e simulação.

Material a utilizar: Computador, Data-show, manequim de suporte básico de vida, dispositivo mecânico de compressões externas (LUCAS®).

Avaliação: discussão sobre a temática abordada.

Sumário:

1. Programa eCPR
2. Conceito ECMO
3. Conceito Via Verde PCR
4. Critérios de inclusão e exclusão
5. Circuito do doente
6. Dispositivo mecânico de compressões externas (LUCAS®)
7. Demonstração e simulação com o DMCE (LUCAS®)

GUIÃO DA SESSÃO

Momentos	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação do tema; Apresentação dos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador <i>Data-show</i> 	5 minutos
Desenvolvimento	1.Programa eCPR; 2.Conceito ECMO; 3.Conceito Via Verde PCR; 4.Critérios de inclusão e exclusão; 5.Circuito do doente; 6.Dispositivo mecânico de compressões externas (LUCAS®); 7.Demonstração e simulação com o DMCE (LUCAS®).	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo ativo; interrogativo e participativo; Método demonstrativo e de simulação 	<ul style="list-style-type: none"> Computador <i>Data-show</i> Manequim de suporte básico de vida DMCE ((LUCAS®) 	70 minutos
Conclusão	Partilha de experiências; Discussão em grupo; Distribuição do documento de avaliação da sessão; Bibliografia.	<ul style="list-style-type: none"> Método interrogativo; Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador <i>Data-show</i> 	15 minutos

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

VIA VERDE PCR



Mestranda: Claudia Serrano

Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Orientador do local de estágio: Enfermeiro

Unidade Curricular
Estágio com Relatório
Unidade

OBJETIVOS

- **GERAL:**
 - Dar a conhecer os critérios de seleção dos candidatos a reanimação assistida com circulação extracorporal (eCPR) e circuito do doente.
- **ESPECÍFICOS:**
 - Conceito de ECMO
 - Critérios de inclusão e exclusão
 - Treino com dispositivo mecânico de compressões externas



ECMO



Extra-corporeal Membrane Oxygenation



O QUE É?

- Forma de oxigenar o sangue através de uma membrana
 - Canulação V-V
- Pode também fornecer suporte cardíaco
 - Canulação V-A



O QUE É?

- Evolução do bypass cardíaco
- Tentado desde 1869
 - 1954 não era possível por mais de 6h
 - 1971 doente com 24 com ARDS pós trauma – ECMO durante 3 dias com o pulmão de Bramson



O QUE É?

- Evolução do bypass cardíaco
- Tentado desde 1869
 - 1954 não era possível por mais de 6h
 - 1971 doente com 24 com ARDS pós trauma – ECMO durante 3 dias com o pulmão de Bramson
 - 1975 primeiro recém-nascido



O QUE É?

- Evolução do bypass cardíaco
- Tentado desde 1869
 - 1954 não era possível por mais de 6h
 - 1971 doente com 24 com ARDS pós trauma – ECMO durante 3 dias
 - 1975 primeiro recém-nascido
- No início: sucesso <10% - utilização escassa
- 2009 CESAR *trial*
- 2010 – H1N1

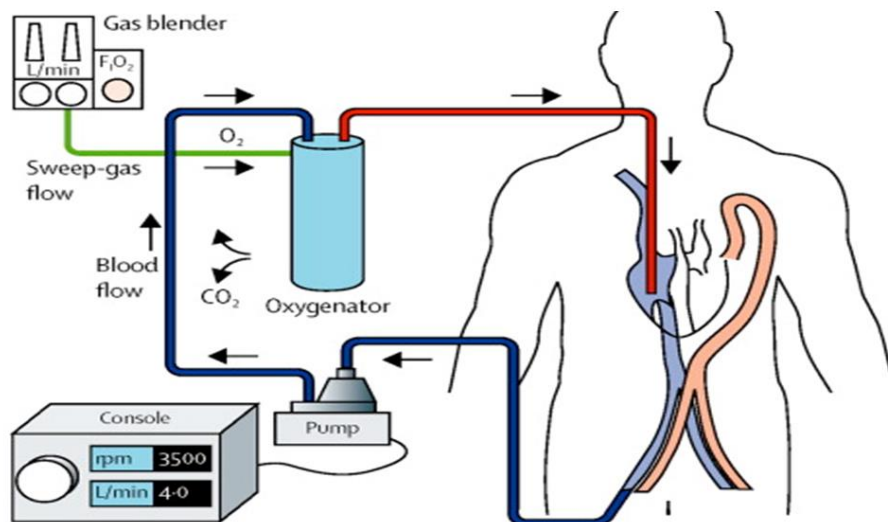


PARA QUE DOENTES?

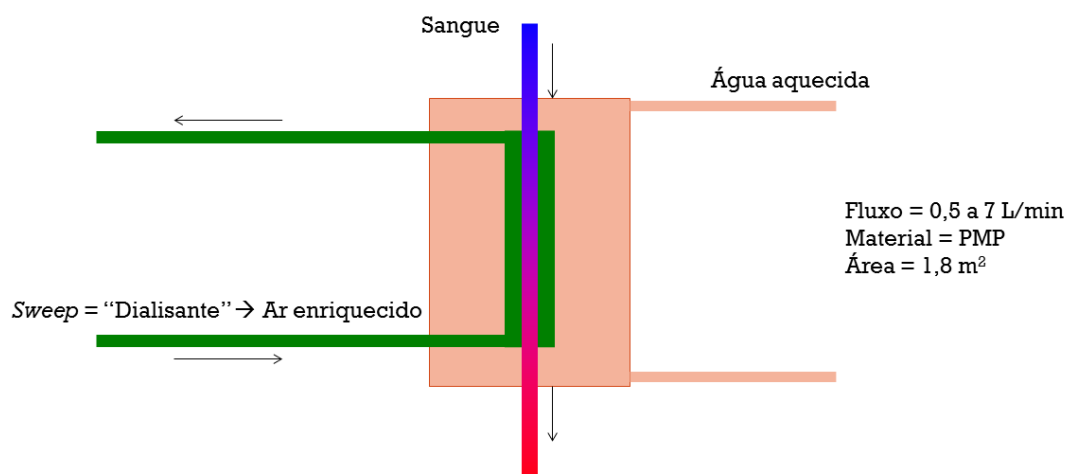
- Veno-venoso
 - insuficiência respiratória aguda grave, mas potencialmente reversível
 - Permite ventilação ultra-protetora (PEEP 10, Vt 4 ml/kg, FR 10, FiO₂ 40%)
 - fístula brônquica grave
 - lista de espera para transplante pulmonar com deterioração aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva
 - falha primária do enxerto pulmonar transplantado com indicação para re-transplante
- Veno-arterial
 - Insuficiência cardíaca refractária
 - Sépsis; Isquémica; Pós-operatória; Hipotermia grave; PCR



COMO FUNCIONA?



COMO FUNCIONA? - OXIGENADOR



CANULAÇÃO



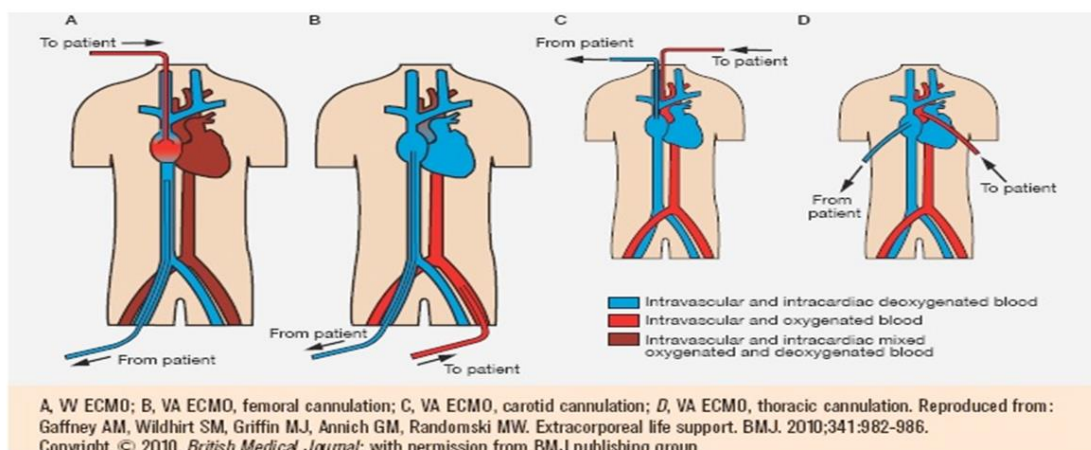
1° - 10-12 Fr
4° - 16-18 Fr



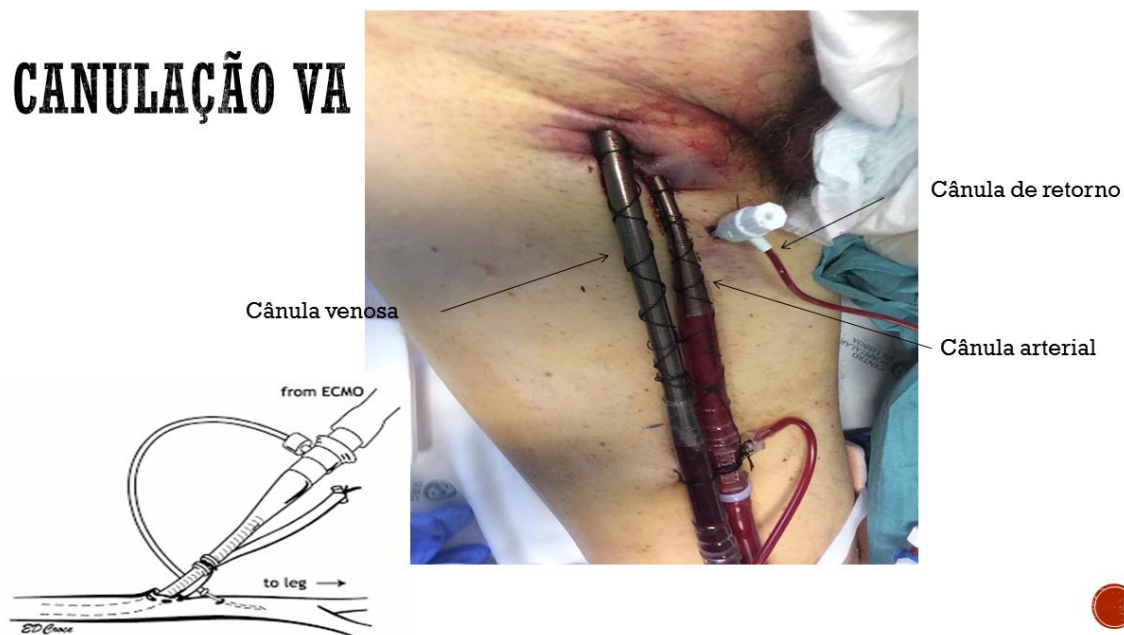
Venosa – 23-29 Fr; 38 ou 55 cms
Arterial – 17-21 Fr; 15 ou 23 cms



CANULAÇÃO



CANULAÇÃO VA



VIA VERDE PCR (eCPR)

Procedimento

OBJETIVO

Procedimento setorial	
ÁREA	
	CIRCUITO DO DOENTE PARA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ASSISTIDA POR CIRCULAÇÃO EXTRA- CORPORAL

- Definir os critérios de seleção dos candidatos a reanimação assistida com circulação extracorporal (eCPR) e circuito do doente.



ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação na área de Lisboa
- Urgência Geral Polivalente do Hospital c
- EEMI do Hospital
- Unidade do Hospital c

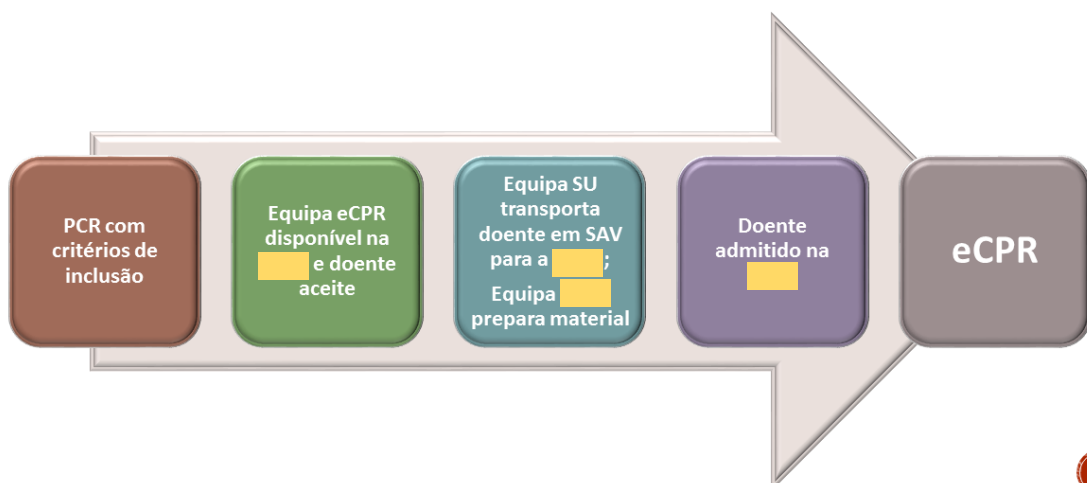


ATIVAÇÃO DA EQUIPA

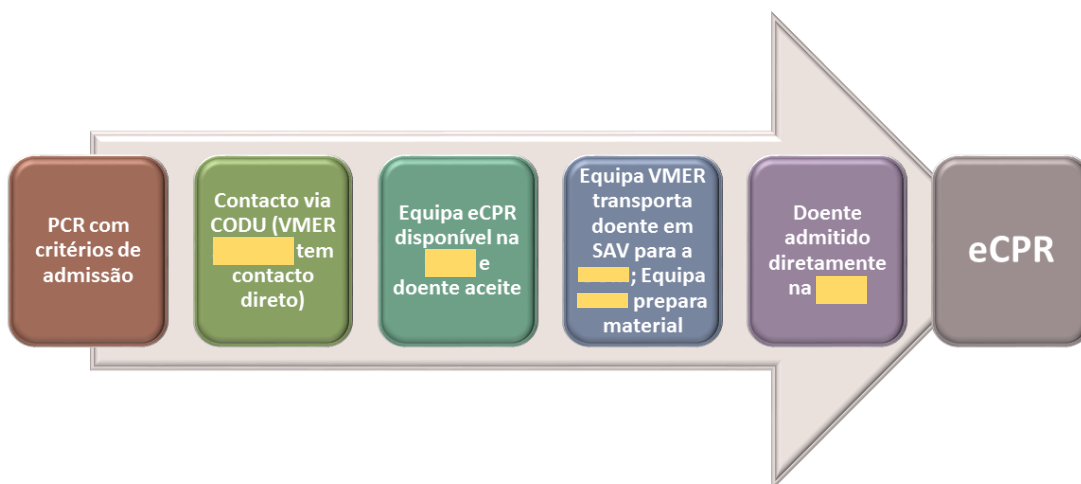
- Extensão [] ou número [], nas situações que cumpram os seguintes critérios:
 - Ativação da equipa nos primeiros 6 minutos de SAV/SBV
 - Idade entre 18 e 60 anos
 - PCR presenciada
 - Tempo sem compressões torácicas inferior a 5 minutos
 - Compressões torácicas eficazes durante o período em SBV/SAV, preferencialmente com
 - Aplicação precoce de DMCE
 - EtCO₂ > 10 mmHg₂
 - Ausência de critérios de exclusão
 - Doença terminal
 - Contraindicação para anticoagulação
 - Paragem cardíaca em contexto de hemorragia
 - Insuficiência cardíaca grave, sem indicação para transplante cardíaco
 - Chegada à [] preferencialmente em menos de 50 minutos após PCR



CIRCUITO DO DOENTE - SU/EEMI []



CIRCUITO DO DOENTE - VMER



A OPÇÃO DO []

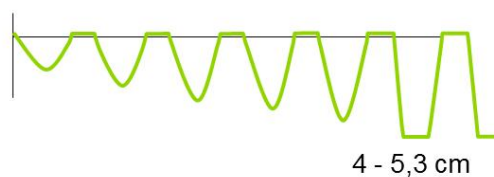


COMPRESSOR MECÂNICO



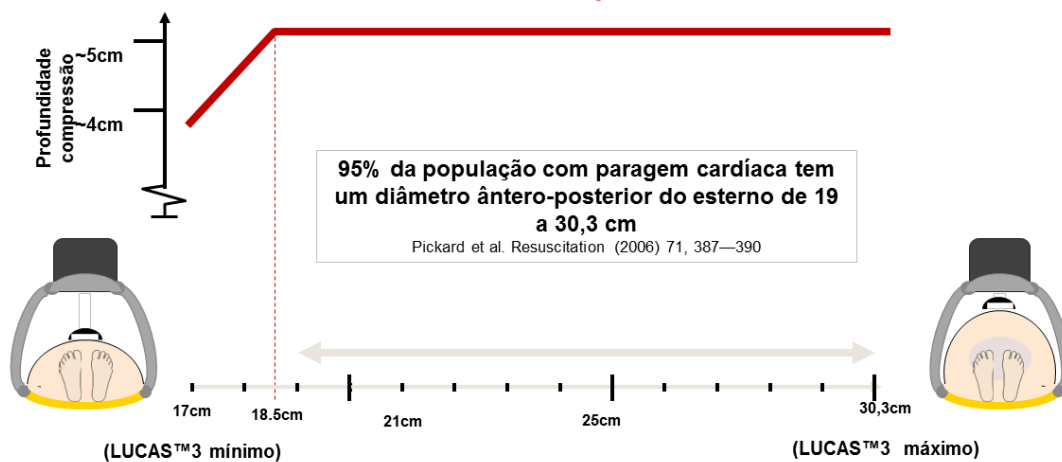


- 102 cpm
- 4 - 5,3 cm profundidade
- Descompressão activa
- Ciclo 50/50



23

Profundidade de compressão relativamente aos doentes típicos



24

Doente obeso

Estudo piloto (2008) em países nórdicos, Alaska, Califórnia, Texas e Minnesota:

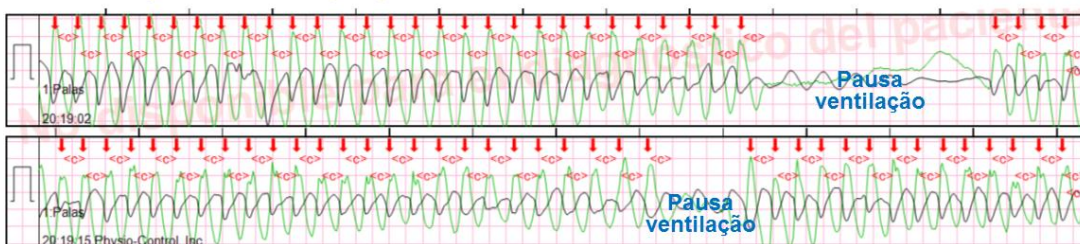
- O LUCAS funcionou corretamente com 96,4% dos doentes em que foi aplicado.
- O peso médio dos doentes era de 87,7 kg.
- Menos de 6% dos doentes com obesidade mórbida.
- Em 80% dos casos, não são necessários ajustes de posicionamento do LUCAS.



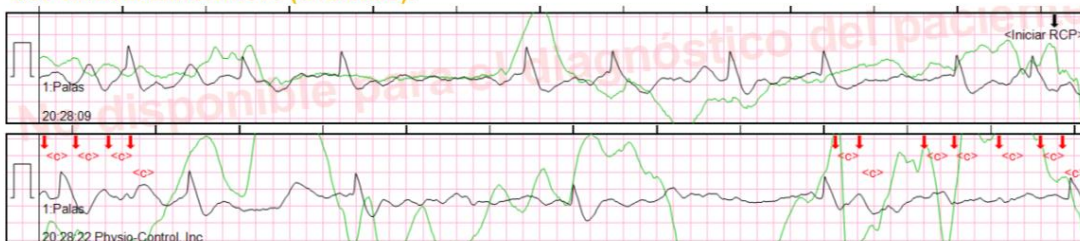
25

CASO EXTRA HOSPITALAR: RCP MANUAL / LUCAS

RCP manual primeiro minuto (30:2):



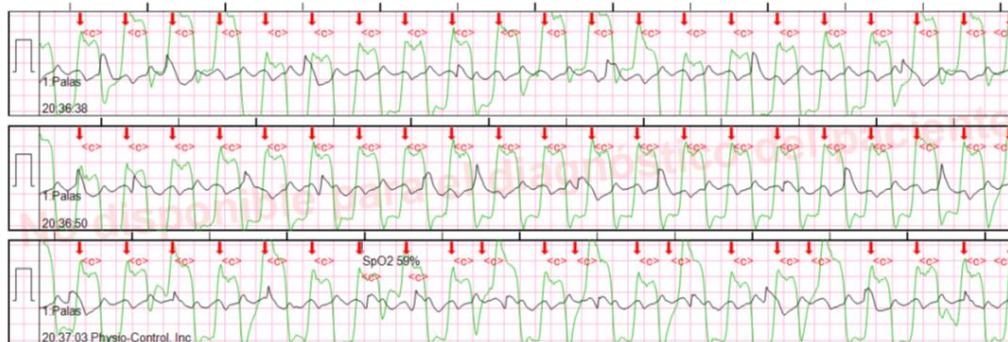
RCP manual minuto nove (entubado):



26

CASO EXTRA HOSPITALAR: RCP MANUAL / LUCAS

Aplica LUCAS: RCP rítmica, sem interrupções, profunda...



27

Some excerpts from European Resuscitation Guidelines 2015 and the role of mechanical CPR



“At best, standard manual CPR produces coronary and cerebral perfusion that is just 30% of normal.”

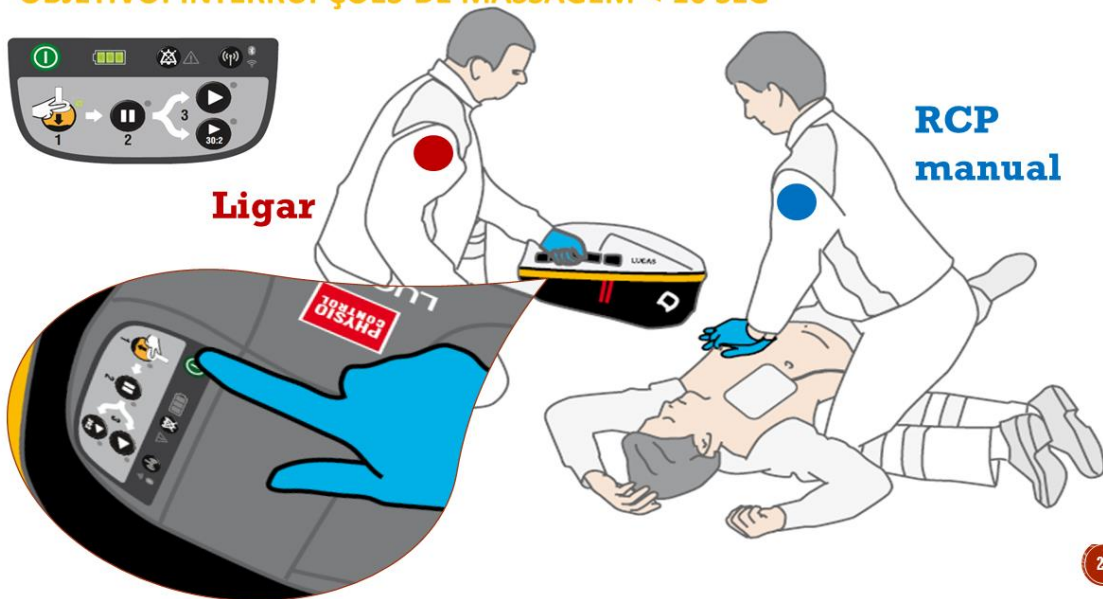
“The importance of **early, uninterrupted** chest compressions remains emphasized throughout these guidelines, together with minimizing the duration of pre-shock and post-shock pauses.”

“Ensuring **high-quality** chest compressions with **adequate depth, rate** and **minimal interruptions**, regardless of whether they are delivered by machine or human, is important.”

“The use of mechanical compression devices and extracorporeal CPR techniques make **prolonged attempts** at resuscitation feasible in selected patients.”

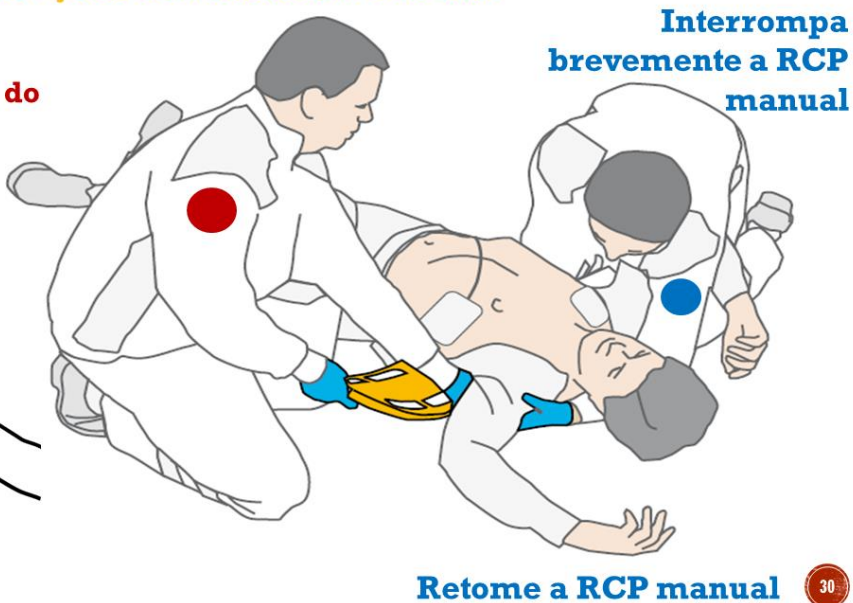
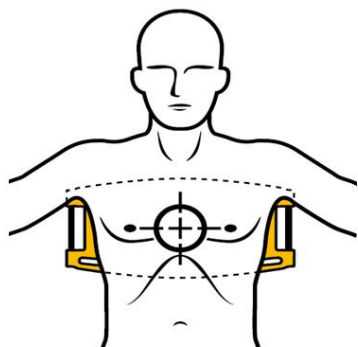
28

UTILIZAÇÃO DO LUCAS
OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG

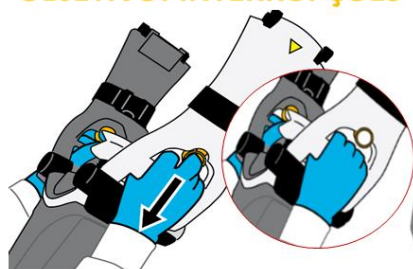


OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.

**Posicione a placa
posterior de baixo do
doente,
abaixo das axilas**

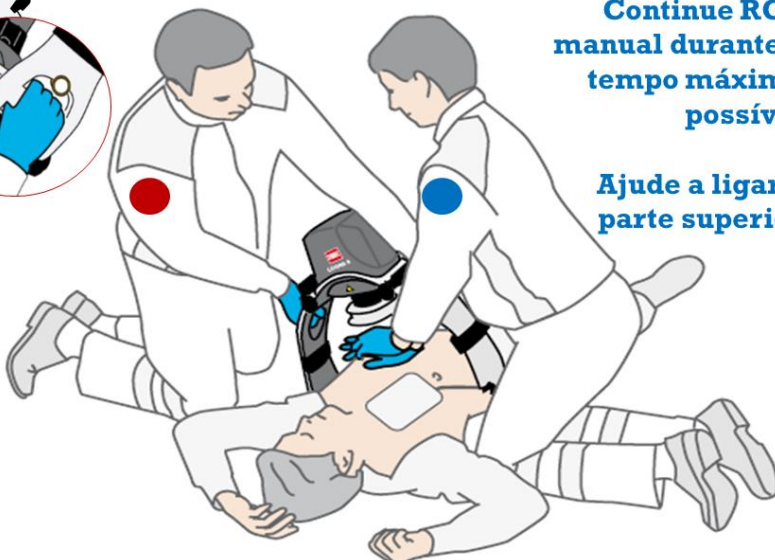


OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.



Puxe os anéis de libertação uma vez para abrir os ganchos de fixação

Ligar a parte superior à placa posterior, “clique”



Continue RCP manual durante o tempo máximo possível

Ajude a ligar a parte superior

31

OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.

Puxe uma vez para cima para garantir que está fixo



Empurre a ventosa para baixo



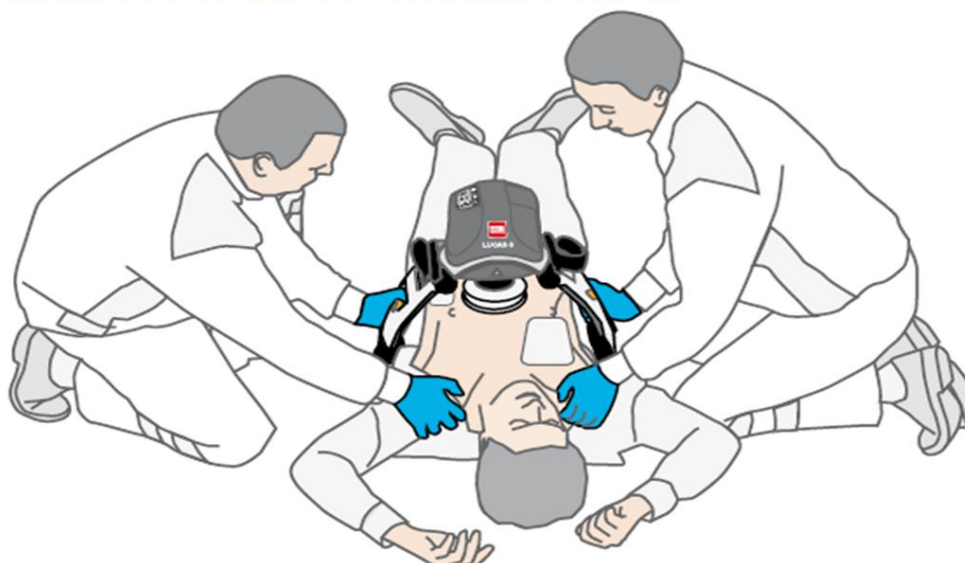
Bordo inferior da ventosa imediatamente acima do final do esterno



Almofada de pressão em contacto com o tórax, sem o comprimir

32

OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.



Ajuste, se necessário

33

OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.



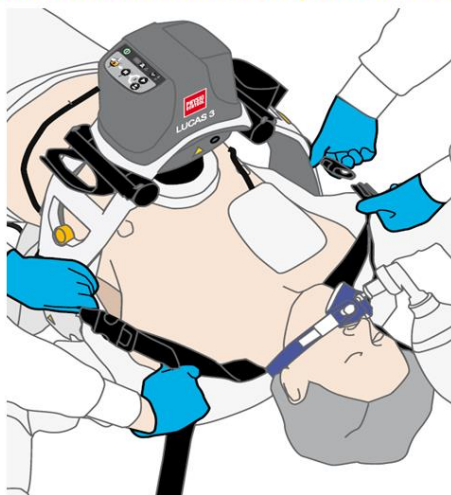
Prima PAUSA para fixar a posição inicial

Prima ACTIVAR contínuo ou 30:2 para iniciar as compressões

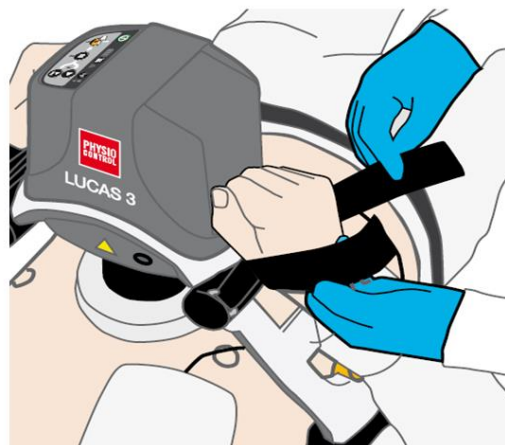


34

OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.



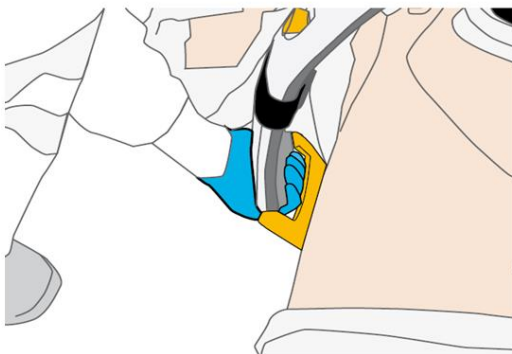
Aplicação da correia de estabilização



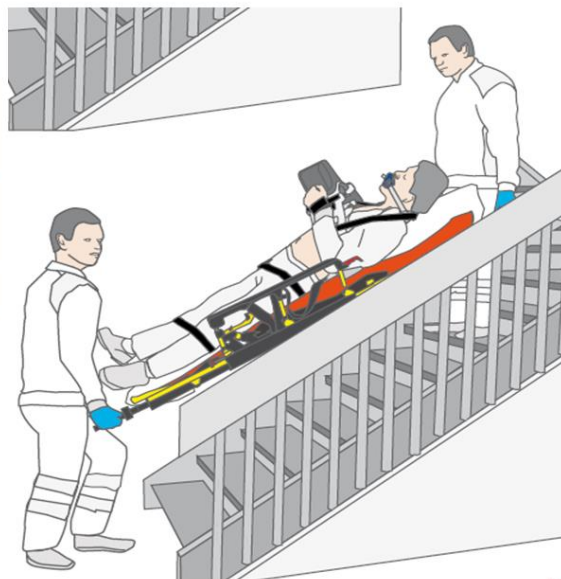
Fixar os braços do doente

35

OBJETIVO: INTERRUPÇÕES DE MASSAGEM < 10 SEG.



Transportar o doente



BIBLIOGRAFIA

- ELSO Adult Respiratory Failure Supplement to the ELSO General Guidelines, Version 1.3. December 2013
- ELSO Adult Cardiac Failure Supplement to the ELSO General Guidelines, Version 1.3. December 2013
- ELSO ECPR Supplement to the ELSO General Guidelines, Version 1.3. December 2013
- Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. Resuscitation. Epub 2015 Oct 15.



OBRIGADA



Mestranda: Claudia Serrano (cserrano@campus.esel.pt)

Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Orientador do local de estágio: Enfermeiro

Unidade Curricular
Estágio com Relatório
Unidade

APÊNDICE IV

Guia de integração dos enfermeiros às Salas de Emergência de um Serviço de Urgência Geral Polivalente

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Guia de Integração dos Enfermeiros nas Salas de
Emergência**

Cláudia Sofia Mendonça Serrano

Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa
Fevereiro, 2018

INTRODUÇÃO

A natureza da prática de enfermagem em salas de emergência exige orientação para um amplo espectro de populações de doentes e condições que implicam a existência e implementação de uma série de políticas, processos, procedimentos, suprimentos e equipamentos. Esta necessidade de orientação sistemática a todos os profissionais está consubstanciada nas próprias normas da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Neste sentido, uma orientação abrangente é essencial para garantir uma prática segura de enfermagem.

Este documento destina-se a todos os enfermeiros que iniciam o seu processo de integração às salas de emergência.

Tem como finalidade, produzir e divulgar recomendações sistematizadas que permitam aos enfermeiros ter acesso a informação fiável e atualizada sobre as competências inerentes aos doentes em situação crítica, em qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção de enfermagem.

O presente documento tem como objetivo identificar as competências dos enfermeiros que prestam cuidados nas salas de emergência, por forma a que as mesmas possam ser objetivamente avaliadas durante o processo de integração.

Em Diário da República, 2.^a série – n.º 153 de 11 de agosto de 2014, no despacho n.º 10319/2014, no artigo 5º, os serviços de urgência polivalente são o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência. O artigo 21º contempla na alínea c) a promoção das competências e as capacidades mínimas de enfermeiros e definem claramente a sua formação, titulação e creditação, devendo obrigatoriamente contemplar formação em suporte avançado de vida. Pelo menos 50% dos profissionais devem contemplar formação em: suporte avançado de vida em trauma (nos centros de trauma todos os profissionais têm de ter esta formação), ventilação e controlo hemodinâmico, transporte de doentes críticos, vias verdes (coronária, trauma, sépsis, acidente vascular cerebral), comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação do risco e “transmissão de más notícias”. No mesmo artigo, encontra-se contemplado que os

enfermeiros têm de ter competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

O processo de integração é iniciado com a seleção dos enfermeiros capacitados para integrar um sector com maior complexidade de cuidados, as salas de emergência. Forçar os profissionais a participar no processo de integração não é uma boa prática e quase que garante uma experiência negativa para os enfermeiros em processo de integração. A seleção dos orientadores deve privilegiar os enfermeiros que evidenciem habilidades de comunicação, uma sólida base de conhecimento e que por isso sirvam como um modelo consistente da prática profissional.

As competências humanas ou profissionais são entendidas como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional em determinado contexto (Carbone et al., 2005¹; Freitas; Brandão, 2005²). Essas competências são reveladas quando as pessoas agem diante das situações profissionais com as quais se deparam (Zarifian, 1999³) e servem como ligação entre as condutas individuais e a estratégia da organização (Pralhad & Hamel, 1990⁴).

Sob essa perspectiva, a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes no trabalho gera um desempenho profissional. Esse desempenho, por sua vez, é expresso pelos comportamentos que a pessoa manifesta no trabalho e pelas consequências desses comportamentos, em termos de realizações e resultados (Gilbert, 1978⁵). O desempenho da pessoa, então, representa uma expressão das suas competências (Brandão & Guimarães, 2001⁶). Por essa razão, alguns autores,

¹ Carbone, P. P.; Brandão, H. P. & Leite, J. B. D. (2005). Gestão por competências e gestão do conhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

² Freitas, I. A. & Brandão, H. P. (2005). Trilhas de aprendizagem como estratégia para o desenvolvimento de competências. In: Borges-Andrade; Abbad; Mourão (Orgs.). Treinamento, desenvolvimento e educação no trabalho. Brasília: UnB.

³ Zarifian, P. (1999). Objectif compétence: pour une nouvelle logique. Paris: Editions Liaisons.

⁴ Prahalad, C. K. & Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. Harvard Business Review, Boston, v. 68, n. 3, p. 79-91.

⁵ Gilbert, T. F. (1978). Human competence: engineering worthy performance. New York: McGraw-Hill Book Company.

⁶ Brandão, H. P. & Guimarães, T. A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 41, n.1, p. 8-15.

como Santos (2001)⁷, Whiddett e Hollyforde, (1999)⁸, descrevem as competências humanas sob a forma de comportamentos observáveis no trabalho.

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, artigo 99º, indica-nos que são valores universais a observar na relação profissional “a competência e o aperfeiçoamento profissional”. O artigo 100º refere que os enfermeiros assumem o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que praticam ou delegam”, “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” e “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”.

⁷ Santos, A. C. (2001). O uso do método Delphi na criação de um modelo de competências. Revista de Administração, São Paulo, v.36, n. 2, p. 25-32.

⁸ Whiddett, S. & Hollyforde, S. (1999). The competencies handbook. London: Institute of Personnel and Development.

FUNDAMENTAÇÃO

A competência do enfermeiro perito está associada ao nível de excelência do cuidar e, para o desenvolvimento dos seus conhecimentos numa dada área prática, é necessário saber o que fazer e como fazer, o que pressupõe, igualmente, o conhecimento de investigações científicas baseadas na teoria. A aquisição de conhecimentos e o saber fazer são desenvolvidos ao longo do tempo. Benner (2001), refere que há uma discrepância entre o saber teórico e o conhecimento prático e defende que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (pág. 23).

Segundo o Regulamento n.º 124/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série – n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, entende-se por cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de emergência,

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas – considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação”.

Tomey e Alligood (2002, p. 194), utilizam Benner e Wrubel (1989) para descrever pessoa como: “um ser auto-interpretativo, ou seja, a pessoa não chega ao mundo pré-definida mas define-se ao longo do percurso de vida. Uma pessoa também tem.... um entendimento fácil e não-reflexivo de si própria no mundo”.

Doente crítico é aquele que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008, p. 9). Ao abordar a

temática promoção da segurança à pessoa em situação crítica na sala de emergência, estamos inevitavelmente, a falar de um doente crítico em que a vida se encontra ameaçada necessitando, assim, de cuidados especializados (OE, 2010).

Os serviços de urgência são muitas vezes a porta de entrada da maioria dos doentes e devem estar preparados para responder a praticamente todo o tipo de situações clínicas complexas, não apenas do foro médico mas também do foro cirúrgico, como são as vítimas de trauma e que implicam tratamento intensivo, numa resposta que se pretende rápida e eficaz (Bhat, Reed & Steelman, 2011). Estes serviços são compostos por equipas multiprofissionais onde os enfermeiros se apresentam na linha da frente e são responsáveis pela assistência direta à pessoa em situação crítica, incluindo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde, pelo que a organização e gestão da equipa se eleva de primordial importância.

A segurança nos cuidados é uma preocupação dos enfermeiros desde Florence Nightingale. Relaciona-se assim com as competências do enfermeiro e da própria equipa multidisciplinar, e, com a condição de saúde da pessoa em situação crítica e os cuidados que necessita.

O ICN (2010) considera que a segurança do doente é a pedra angular dos cuidados de saúde de alta qualidade. Grande parte do trabalho que define a segurança do doente e as práticas que impedem o dano concentraram-se nos resultados negativos dos cuidados, como a mortalidade e a morbilidade. Os enfermeiros são críticos para a vigilância e a coordenação que reduzem esses resultados adversos. Ainda há muito trabalho a ser feito na avaliação do impacto da assistência dos enfermeiros em indicadores de qualidade positivos, como o autocuidado apropriado e outras medidas de melhoria do estado de saúde.

A função de diagnóstico e de vigilância desempenhada pelos enfermeiros tem vindo a desenvolver-se e a revestir-se de extrema importância uma vez que a “vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente” (Benner, 2001, p. 121).

Conclui-se, que as intervenções autónomas de enfermagem são constituídas por um conjunto de ações desencadeadas a partir de um diagnóstico de enfermagem que visam obter um resultado de enfermagem independente, baseadas em decisões

profissionais do enfermeiro, geridas por este, e fundamentadas em conhecimentos de enfermagem.

Assim, pretende-se desenvolver um conjunto de saberes e práticas que contribuem para a excelência do exercício profissional dos enfermeiros e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa em situação crítica nas salas de emergência do serviço de urgência geral polivalente com centro de trauma integrado.

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para facilitar o processo de aquisição e avaliação de competências, propõe-se que o enfermeiro orientador dê a conhecer ao enfermeiro em processo de integração o Guia de Integração dos Enfermeiros nas Salas de Emergência no início do processo de integração. Este guia é apresentado em apêndice (Apêndice I) e identifica as várias competências, técnicas comportamentais e sociais essenciais ao enfermeiro em processo de integração, funcionando como um instrumento de orientação no processo de aquisição de competências. É também uma lista de verificação dos vários itens a avaliar por parte dos elementos que integram a equipa de orientação e que proporcionará maior clareza e alinhamento no processo de avaliação.

Os enfermeiros em processo de integração devem preencher a grelha no início e no fim da integração em conjunto com o enfermeiro orientador. Quando este considerar que a integração chegou ao fim, não existindo tempo definido, devem reunir com o enfermeiro chefe de equipa e realizar a avaliação final da integração, de forma a serem apresentadas as competências que o enfermeiro em processo de integração conseguiu atingir e as que ainda tem necessidade de supervisão para as realizar.

Nesta avaliação, consideram-se os seguintes níveis de experiência segundo o Modelo de Dreyfus

- **Nível 1 - Iniciado:** tem uma compreensão incompleta, aborda tarefas mecanicamente e precisa de supervisão para completá-las.
- **Nível 2 - Iniciado Avançado:** tem uma compreensão funcional, pode completar as tarefas mais simples sem supervisão.
- **Nível 3 - Competente:** tem uma boa compreensão de base e um bom trabalho, executa múltiplas ações e acumulação de informação, é capaz de completar o trabalho de forma independente para um padrão que é aceitável embora possa faltar aprimoramento.

- **Nível 4 - Proficiente:** tem uma compreensão profunda, percebe as ações de forma holística, pode alcançar um alto padrão rotineiramente, prioriza importância de aspetos, percebe mudanças em relação aos padrões regulares, aplica regras/princípios para orientação com significados que se adaptam à situação corrente.
- **Nível 5 - Perito:** tem uma compreensão holística ou profunda, executa questões de rotina intuitivamente, tem capacidade de ir além das interpretações existentes, atinge a excelência com facilidade.

APÊNDICE I

SALAS DE EMERGÊNCIA – GUIA DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome (Primeiro e Último):	Data:
N.º Mecanográfico:	N.º Ordem dos Enfermeiros:

NÍVEL DE EXPERIÊNCIA	
<p>Indique o seu nível de experiência, colocando uma (x) na caixa:</p> <p>Níveis de Experiência segundo o modelo de Dreyfus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciado: tem uma compreensão incompleta, aborda tarefas mecanicamente e precisa de supervisão para completá-las. • Iniciado avançado: tem uma compreensão funcional, pode completar as tarefas mais simples sem supervisão. • Competente: tem uma boa compreensão de base e um bom trabalho, executa múltiplas ações e acumulação de informação, é capaz de completar o trabalho de forma independente para um padrão que é aceitável embora possa faltar aprimoramento. • Proficiente: tem uma compreensão profunda, perceciona as ações de forma holística, pode alcançar um alto padrão rotineiramente, prioriza importância de aspetos, percebe mudanças em relação aos padrões regulares, aplica regras/princípios para orientação com significados que se adaptam à situação corrente. • Perito: tem uma compreensão holística ou profunda, executa questões de rotina intuitivamente, tem capacidade de ir além das interpretações existentes, atinge a excelência com facilidade. 	
Nível 1 - Iniciado	<input type="checkbox"/>
Nível 2 - Iniciado Avançado	<input type="checkbox"/>
Nível 3 - Competente	<input type="checkbox"/>
Nível 4 - Proficiente	<input type="checkbox"/>
Nível 5 - Perito	<input type="checkbox"/>

ITENS A AVALIAR		
Competências Gerais	SIM	NÃO
Atua de acordo com:		
• Procedimento setorial – Acolhimento ao doente/família UGP (ADD.1060)		
• Procedimento setorial – funções/competências dos enfermeiros nas salas de emergência (RHU.1028)		
• Operacionalização das salas de Emergência segundo o procedimento setorial – Lista de Verificação diária da Sala de Emergência (SDO.1006)		
• Procedimento setorial – Manutenção carros de emergência adulto e pediátrico (REA.1004)		
Conhece o equipamento disponível nas salas de Emergência para abordagem ao doente emergente		
Assegura o transporte de doente crítico segundo o procedimento multissetorial – Transporte intra e inter hospitalar do doente crítico do CHLC (SDO.119)		
Assegura cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família na Urgência Geral Polivalente segundo o procedimento setorial (TRC.1415)		

Logo	GUIA DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS SALAS DE EMERGÊNCIA	Rev. 00 09/02/2018 Page 2 of 7
------	---	--------------------------------------

Atua de acordo com o procedimento multissetorial – procedimento ortopédicos não invasivos na sala de emergência (TRC.161)					
Organiza e gere os cuidados de enfermagem nas salas de emergência segundo a Avaliação Inicial (metodologia ABCDE) e Avaliação Secundária					
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	NÍVEL DE EXPERIÊNCIA				
A – Via Aérea	1	2	3	4	5
Avaliar e garantir a permeabilidade da via aérea					
Manter a coluna cervical em posição neutra com estabilização manual, protetores laterais ou outros dispositivos para imobilização (em situações de trauma)					
Manusear:					
• tubo endotraqueal / aspiração					
• dispositivo supra-glótico / aspiração					
• tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo / aspiração					
• traqueostomia / aspiração					
Colaborar:					
• intubação traqueal					
• extubação traqueal					
• colocação de dispositivos supra-glóticos					
• cricotireotomia / traqueostomia					
Colher espécimen (para análise)					
B – Respiração	1	2	3	4	5
Expor o tórax					
Avaliar:					
• características e eficácia da respiração (frequência, amplitude, ritmo)					
• uso da musculatura acessória					
• desvio da traqueia					
• ingurgitamento jugular					
• palpação torácica (crepitação; rigidez; flacidez; deformidade)					
• percussão torácica (macicez; hiper-ressonância ou ressonância normal)					
• auscultação e simetria torácica					
Manusear os dispositivos de administração de oxigênio:					
• cânula binasal					
• sonda nasal					
• máscara simples					
• máscara de venturi					
• máscara com reservatório					
Administrar aerossol:					
• por nebulização ao doente ventilado e não ventilado					
• pressurizados ao doente ventilado e não ventilado					
Administrar oxigênio por atmosfera húmida ao doente ventilado e não ventilado					
Garantir o cuidado eficaz ao doente com VNI (BIPAP/CPAP) – segundo o procedimento setorial – Ventilação não invasiva (TRC.1448)					
Registar os parâmetros de ventilação					
Interpretar:					

Logo	GUIA DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS SALAS DE EMERGÊNCIA	Rev. 00 09/02/2018 Page 3 of 7
------	---	---

• curva e valor de capnografia em doente ventilado e não ventilado					
• curva e valor de frequência respiratória em doente ventilado e não ventilado					
• gasimetria arterial					
Colaborar:					
• colocação de dreno torácico de acordo com o procedimento setorial: cuidados de enfermagem na colocação, manutenção e remoção de drenagem torácica (TRC.1639)					
• toracocentese de acordo com o procedimento setorial: Toracocentese					
Considerar a necessidade de colocar sonda gástrica					
C – Circulação	1	2	3	4	5
Controlar hemorragia e pesquisar hemorragia oculta					
Monitorizar e registrar parâmetros vitais					
Avaliar:					
• tempo de preenchimento capilar					
• pulso radial e carotídeo (frequência; amplitude e ritmo)					
• pele (cor; humidade; temperatura)					
Assistir na:					
• cardioversão/desfibrilhação					
• colocação de pace externo					
Colaborar na execução de procedimentos de emergência:					
• Cateter venoso central (CIRA.1082)					
• Cateter arterial (CIRA.1083)					
• Pericardiocentese					
• Toracotomia de emergência (TRC.1704)					
• Estabilizador pélvico de emergência					
• Ultrassonografia direcionada para trauma (FAST)					
• Lavagem peritoneal diagnóstica (LPD)					
Puncionar acessos venosos periféricos					
Puncionar acesso intra-ósseo					
Colher produtos para análises e tipagem					
Administrar:					
• sangue e seus componentes					
• fluidos e terapêutica					
Interpretar ondas e valores:					
• ECG					
• Linha arterial					
• PVC					
Identificar as vias de administração de terapêutica e o horário de administração da mesma					
Demonstrar conhecimentos aprofundados nos fármacos:					
• Adrenalina					
• Atropina					
• Lidocaína					
• Amiodarona					
• Esmolol					
• Labetalol					

Logo	GUIA DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS SALAS DE EMERGÊNCIA	Rev. 00 09/02/2018 Page 4 of 7
------	---	---

• Adenosina					
• Digoxina					
• Sulfato de magnésio					
• Gluconato de cálcio					
• Cloreto de Cálcio					
• Dobutamina					
• Dopamina					
• Noradrenalina					
• Furosemida					
• Dinitrato isossorbido					
• Isoprenalina					
• Heparina					
• Propofol					
• Etomidato					
• Brometo de rocurônio					
• Succinilcolina (cloreto de suxametônio)					
• Cetamina					
• Fentanilo					
• Morfina					
• Petidina					
• Alfentanilo					
• Diazepam					
• Midazolam					
• Ondasetrom					
• Metoclopramida					
• Clemastina					
• Aminofilina					
• Salbutamol					
• Hidrocortisona					
• Ticagrelor					
• Clopidogrel					
• Ácido acetilsalicílico					
• Alteplase					
• Ácido tranêxamico					
• Idarucizumab					
• Sugamadex					
• Fisiostigmina					
• Naloxona					
• Flumazenil					
• Glucagina					
Estabilizar fratura de bacia; femur; úmero					
D – Disfunção Neurológica	1	2	3	4	5
Avaliar:					
• Nível de consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow					
• Avaliação pupilar (diâmetro, simetria e reação)					
• Glicémia					

<ul style="list-style-type: none"> Mobilidade e sensibilidade Traumatismo de crânio (raccoon eyes; sinal de Battle) 					
E – Exposição	1	2	3	4	5
Remover roupa, tendo em conta privacidade e controlo da temperatura					
Avaliar integridade cutânea (executar tratamento a lesões/feridas)					
Utilizar formas de aquecimento para prevenir a hipotermia (manta térmica, dispositivos de aquecimento por ar quente)					
Procurar outras lesões					
Considerar a necessidade de preservar as roupas para investigação criminal					
Considerar necessidade de inserir catéter urinário (em caso de trauma da bacia adiar até integridade da uretra ser confirmada)					
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Exame céfalo-caudal	1	2	3	4	5
Cabeça:					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e integridade da cabeça 					
<ul style="list-style-type: none"> Couro cabeludo 					
<ul style="list-style-type: none"> Ouvidos e o pavilhão auditivo 					
<ul style="list-style-type: none"> Olhos: pupilas, mucosas, esclerótica 					
<ul style="list-style-type: none"> Nariz e mucosas 					
<ul style="list-style-type: none"> Boca: lábios, mucosas, língua e dentes 					
<ul style="list-style-type: none"> Faringe: mucosas e amígdalas 					
Pescoço:					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e integridade do pescoço 					
<ul style="list-style-type: none"> Região retroauricular, submandibular, occipital, submentoniana e retrocervical 					
<ul style="list-style-type: none"> Mobilidade do pescoço 					
<ul style="list-style-type: none"> Pulso carotídeo em ambos os lados 					
Membros superiores:					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e integridade dos membros superiores 					
<ul style="list-style-type: none"> Presença de cicatriz vacinal da BCG 					
<ul style="list-style-type: none"> Turgor da pele 					
<ul style="list-style-type: none"> Pulso radial verificando o ritmo, amplitude e frequência cardíaca 					
<ul style="list-style-type: none"> Dedos, unhas e perfusão sanguínea 					
Tórax:					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e integridade da caixa torácica 					
<ul style="list-style-type: none"> Ritmo, amplitude e frequência respiratória 					
<ul style="list-style-type: none"> Regiões supraclaviculares e axilar 					
<ul style="list-style-type: none"> Temperatura axilar 					
<ul style="list-style-type: none"> Auscultação pulmonar e cardíaca 					
Abdómen:					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e integridade do abdómen 					
<ul style="list-style-type: none"> Auscultação, palpação e percussão da região abdominal 					
<ul style="list-style-type: none"> Aparelho genito-urinário 					
<ul style="list-style-type: none"> Morfologia e a integridade da genitália 					
<ul style="list-style-type: none"> Região inguinal 					

Membros inferiores:					
• Morfologia e integridade dos membros inferiores					
• Turgor da pele					
• Pulso pedioso					
• Extremidades, unhas e perfusão sanguínea					
• Inspeção marcha					
História atual e anterior	1	2	3	4	5
Colher informação:					
• Como se encontrava anteriormente					
• Doenças conhecidas e ou cirurgias prévias					
• Motivo de ida ao serviço de UGP					
• Medicação habitual e alergias					
• Peso aproximado					
• Contactos de família					
Atitudes e procedimentos complementares	1	2	3	4	5
Avaliar a dor e promover analgesia					
Profilaxia antibiótica, antitétânica (se indicada)					
Análises clínicas					
Registos de dados que permitem a caracterização da situação					
Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída					
Realização de novos exames complementares de diagnóstico					
Preparação do doente para cirurgia emergente corretiva ou cirurgia de controlo de dano (se indicado)					
Preparação do doente para cirurgia em segundo tempo (se indicado)					
Formulação de um plano de atuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente					
Registos de Enfermagem e ECD	1	2	3	4	5
Realizar registos de enfermagem: ocorrências anteriores; avaliação inicial; exame secundário; Escala Jones Dependency Tool; Escala de avaliação do risco de quedas; Escala de Braden					
Rever e atualizar registos de enfermagem/monitorização contínua					
Agilizar realização de exames complementares de diagnóstico					
Rever resultados de exames complementares de diagnóstico					
Envolver a presença da família					
Transferência do doente	1	2	3	4	5
Comunicar verbalmente com a equipa prestadora de cuidados do doente					
Documentar de forma precisa e individualizada os cuidados de enfermagem prestados e os resultados obtidos					
Transmitir a informação necessária para a continuidade dos cuidados de enfermagem					
Assegurar o sigilo					
Assegurar que toda a documentação apropriada e exames complementares de diagnóstico acompanham o doente na transferência					
Notificar a unidade/serviço que irá receber o doente					

Formação Complementar	Não	Sim	Ano
Suporte Avançado de Vida			
Suporte Avançado de Vida em Trauma			
Ventilação e controlo hemodinâmico			
Vias verdes: coronária; AVC; trauma; sépsis			
Transporte de doentes críticos			
Comunicação e relacionamento em equipa			
Gestão de stress e de conflitos			
Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”			
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica			

Análise
Empty space for analysis

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO	
Enf.º Integrador:	Data:
Enf.º Avaliado:	Nível de experiência

APÊNDICE V

Instrução de trabalho para a UGP: circuito do doente para eCPR

LOGO DA INSTITUIÇÃO	URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE E CUIDADOS INTENSIVOS – URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE
	CIRCUITO DO DOENTE PARA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ASSISTIDA POR CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPORAL

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Procedimento Sectorial – “Circuito do doente para reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão externa” –

Tem como objetivos:

- Definir os critérios de inclusão dos doente para reanimação assistida com circulação extracorporal (eCPR);
- Definir o circuito do doente.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os enfermeiros da Urgência Geral Polivalente do Hospital

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

A RCP tem como objetivo suportar a função circulatória até à reversão da causa da paragem cardíaca. As compressões torácicas são o meio mais utilizado para suportar a circulação, embora a sua eficácia seja baixa para assegurar uma perfusão cerebral eficaz. O recurso de dispositivos mecânicos de compressão externa (Lucas®), possibilitam a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou técnicas terapêuticas avançadas sem comprometer a circulação cerebral.

O desenvolvimento de equipamentos miniaturizados de circulação extracorporal, bem como de técnicas de canulação vascular percutânea permitiu utilizar circuitos de ECMO para assegurar a circulação e oxigenação de doentes em paragem cardiorespiratória.

O tem, desde 2014 um programa ECMO na que até agora teve como principal foco o suporte respiratório de doentes com insuficiência respiratória grave, difíceis de tratar com ventilação mecânica invasiva e técnicas de recrutamento alveolar. Tendo já adquirido competência nesta área, estão reunidas as condições para iniciar em conjunto com a UGP e com as VMER de Lisboa, um programa de reanimação cardiopulmonar assistida por circulação extracorporal.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			1/2

LOGO DA INSTITUIÇÃO	URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE E CUIDADOS INTENSIVOS – URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE
	CIRCUITO DO DOENTE PARA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ASSISTIDA POR CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPORAL

3.1 Ativação da equipa

Ativação da equipa através da extensão [REDACTED] ou número [REDACTED], nas situações que cumpram os seguintes critérios:

- Idade entre 18 e 60 anos
- Ativação do programa eCPR nos primeiros 6 minutos de SAV
- PCR presenciada
- Compressões torácicas eficazes durante o período em SAV preferencialmente com:
 - Aplicação precoce de DMCE¹
 - EtCO₂ > 10 mmHg²
- Tempo alvo inferior ou igual a 50 minutos de entrega dos doentes incluídos no programa de eCPR na UCI
- Ausência de critérios de exclusão:
 - Doença terminal
 - Contraindicação para anticoagulação
 - Paragem cardíaca em contexto de hemorragia
 - Insuficiência cardíaca grave, sem indicação para transplante cardíaco

3.2 Circuito do doente

Identificação e referenciação de doentes com critérios de inclusão no programa de eCPR. Caso o doente seja aceite em programa de eCPR deve-se aplicar precocemente o DMCE, o médico da responsável deve contactar diretamente a [REDACTED] ([REDACTED]) até aos 6 min de SAV e o doente é transportado com manobras de SAV e admitido diretamente naquela UCI.

Na eventualidade de não existir disponibilidade para assegurar a o programa de eCPR, a equipa responsável pelo doente deve manter as manobras de SAV, de acordo com as melhores e mais atuais práticas internacionais de reanimação cardiopulmonar.

¹ Existem numa primeira fase dois equipamentos, um na UGP que poderá ser também requisitado pela EEMI do [REDACTED] e um na VMER;

² A medição do EtCO₂, apesar de não obrigatória é altamente recomendada, existindo na UGP monitores de transporte com esta capacidade.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			2/2

APÊNDICE VI

Comunicação livre apresentada num congresso científico

**“A segurança da pessoa em situação de emergência –
desafios e respostas do enfermeiro especializado”**

Titulo da comunicação: A segurança da pessoa em situação de emergência: desafios e respostas do enfermeiro especializado.

Formato da comunicação: Comunicação Livre

Autores:

Cláudia Serrano, estudante de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira na Urgência Geral Polivalente e VMER do Hospital de São José, CHLC (cserrano@campus.esel.pt)

Carla Nascimento, Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (carla.nascimento@esel.pt)

Autor principal: Cláudia Serrano

Resumo da Comunicação

Titulo:

A segurança da pessoa em situação de emergência: desafios e respostas do enfermeiro especializado.

Introdução: Os serviços de urgência são muitas vezes a porta de entrada da maioria dos doentes nos serviços de saúde, devendo reunir as melhores condições para dar resposta a todo o tipo de situações clínicas complexas, não apenas do foro médico mas também do foro cirúrgico, como sendo por exemplo a pessoa vítima de trauma que implica uma abordagem sistematizada, rápida e eficaz (Bhat, Reed & Steelman, 2011). Estes serviços são compostos por equipas multiprofissionais onde os enfermeiros são responsáveis pela assistência direta à pessoa em situação crítica, incluindo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde, pelo que a organização e gestão da equipa se eleva de primordial importância.

Existe uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de Enfermagem com o objetivo centrado na segurança do doente. A OMS (2004) lançou a World Alliance for Patient Safety com o objetivo de dedicar atenção ao problema da segurança do doente. O conceito de segurança relaciona-se com as competências do enfermeiro e da própria equipa multidisciplinar, e, com a condição de saúde da pessoa em situação crítica e os

cuidados que necessita, prevenindo a deterioração clínica do doente e a sua mortalidade.

Objetivo: Identificar quais as competências do enfermeiro que promovem a segurança da pessoa adulta em situação de emergência.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, realizada através da pesquisa de trabalhos publicados, literatura cinzenta e de artigos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Resultados: Obtiveram-se 8 artigos, analisados na íntegra e extraídos os seus dados.

Conclusões: A promoção da segurança da pessoa em situação de emergência, relaciona-se com as competências adquiridas pelos enfermeiros na prática de cuidados e na própria interpretação e documentação das observações fisiológicas, tal como é evidenciado na literatura.

Referências bibliográficas:

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S., Rafferty, A., ... Ball, J. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals. *BMJ Qual Saf.* 23. 126-135. Doi:10.1136/bmjqs-2013-0023187
- Beebe, P., Bawel-Brinkley, K. & O'Leary-Kelley, C. (2012). Observed and Self-Perceived Teamwork in a Rapid Response Team. *Journal for Nurses in Staff Development.* Volume 28 – N.º 4. 191-197. Doi:10.1097/NND.0b013e31825e63d7
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bhat, N.; Reed, S. & Steelman, L. (2011). *The Emergency Department: Departmental Assessment Project.*
- Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.* Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 29 de Março, 2017, em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>.
- Codier, E., Codier, D. (2015). Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emergency nurse.* Volume 23. N.º 3. 26 – 29. Doi:10.7748/en.23.3.26.e13885
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida.* (2.ª Edição). Loures: Lusociência.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Comissão Europeia. (2012). Saúde EU: segurança dos doentes. [Em linha]. Bruxelas: Comissão Europeia. Acedido a 26 de Março, 2017, em <http://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7793a6d7-9b41-4a6d-a6b7-0ff8c685c327/language-pt/format-PDF>.
- Considine, J., Trotter, C. & Currey, J. (2015). Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25. 134-143. Doi:10.1111/jocn.130106
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ministério Público.
- Direção Geral da Saúde – Carta dos direitos do doente internado. Acedido a 26 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf.
- Direção Geral da Saúde – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Acedido a 29 de Março, 2017, em: www.dgs.pt.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 25, n.º 2. 110 – 117. Doi:10.1093/intqhc/mzt0196
- Fry, M., Fong, J., Asha, S., Arendts, G. (2011). A 12-month evaluation of the impact of transitional emergency nurse practitioners in one metropolitan emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, vol. 14. 4 – 8. Doi:10.1016/j.aenj.2010.10.0015
- Harding, A., Walker-Cillo, G., Duke, A., Campos, G. & Stapleton, S. (2013). A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*. Volume 39. 252 – 269. Doi:10.1016/j.jen.2012.05.0067
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., & Altman D.G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6 (7): e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Norma n.º 07/DQS/DQCO 31 de Março (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- O'Connell, J. & Gardner, G. (2012). Development of clinical competencies for emergency nurse practitioners: A pilot study. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Vol. 15. 195 – 201. Doi:10.1016/j.aenj.2012.10.0047
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente. Acedido a 29 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2_Maio2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros website. Acedido a 29 de Março, 2017, em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros website. Acedido a 29 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Médicos (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Lisboa. Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos (p. 45). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

The Joanna Briggs Institute (2014). Reviewer's Manual. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2013). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2016). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Joanna Briggs Institute Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Disponível em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

World Health Organization (2005). Prehospital trauma care systems. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005) Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - Patient Safety Solutions. Acedido a 29 de Junho, 2017, em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

World Health Organization (2009) Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 159774 6.



A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

DESAFIOS E RESPOSTAS DO ENFERMEIRO ESPECIALIZADO

Cláudia Serrano (cserrano@campus.esel.pt)
Carla Nascimento (carla.nascimento@esel.pt)



UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Problemática



UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



CHMA
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.

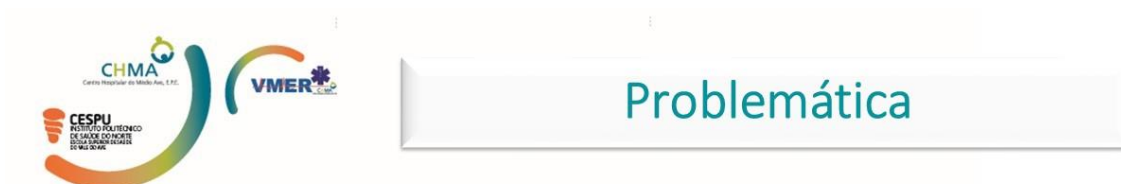
VMER

CESPU
INSTITUTO PORTUGUÊS
DE SAÚDE DO DOENTE
DOAL UNIDADE REGIONAL
DO VALE DO SOURO

physician
safety
healthcare
patient
care
system
adverse
events
medical
policies
culture
just
different
approaches
providers
professional
knowledge
artificial
safety
events
medical
system
adverse
care
patient

Where quality of care and
the safety of our patients
guides everything we do.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



CHMA
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.

VMER

CESPU
INSTITUTO PORTUGUÊS
DE SAÚDE DO DOENTE
DOAL UNIDADE REGIONAL
DO VALE DO SOURO

Problemática

O doente internado tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil.

Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 1996)

A opção pela promoção da segurança e não prevenção de eventos adversos, vem centrar os cuidados de enfermagem prestados na pessoa em situação crítica e não nos eventos adversos, ou seja um incidente que resulta em dano para o doente (DGS, 2011).

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Problemática

Nos serviços de urgência os enfermeiros são os profissionais responsáveis pela primeira abordagem à pessoa em situação de emergência.

Vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente (Benner, 2001).

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Objetivo

Divulgar as competências do enfermeiro que promovem a segurança da pessoa adulta em situação de emergência descritas na literatura científica.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Metodologia

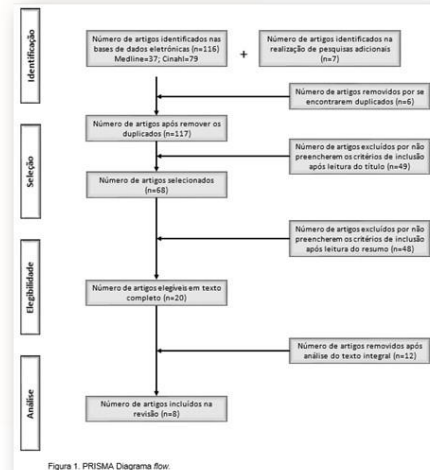
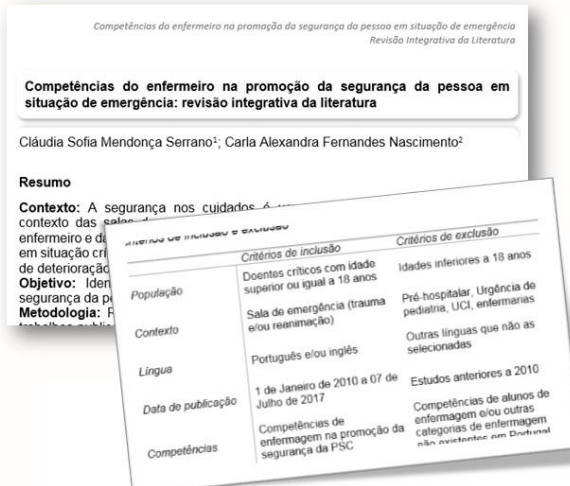


Figura 1. PRISMA Diagram flow

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL

Art & science | competencies

Do emergency nurses have enough emotional intelligence?

Estelle Codier and David Codier ask if the abilities to identify, use, understand and manage emotions should

International Journal for Quality in Health Care 2013; Volume 25, Number 2; pp. 110-117
Advance Access Publication: 18 February 2013

Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals

CARL-ARDY DUBOIS¹, DANIELLE D'AMOUR¹, ERIC TCHOUAKET², SEAN CLARKE³, MICHÈLE RIVARD⁴ AND RÉGIS BLAIS⁵

Australasian Emergency Nursing Journal (2011) 14, 4-8



available at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ajen

EVIDENCE-BASED PRACTICE

RESEARCH PAPER

A 12-month evaluation of the Emergency Nurse Practitioner Emergency Department

Margaret Fry, NP, BaSc, M.Ed, PhD^{a,*}, J. C. Gardner, RN, PhD, FRCNA^{a,b,c}

A FRAMEWORK FOR CREATING AN EMERGENCY NURSE PRACTITIONER COMPETENCIES FOR EMERGENCY NURSE PRACTITIONERS

Authors: Andrew D. Harding, MS, RN, CEN, NEA-BC, FACHE, FAHA, FAEN, CFP, CFPN, FAFN, Allison Dwyer, RSN, MRA, RN, CFM, Gabriel I. Camargo

JCN Journal of Clinical Nursing

ORIGINAL ARTICLE

Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings

Julie Considine, Carissa T. Atkinson



Journal for Nurses in Staff Development • Volume 28, Number 4, 191-197 • Copyright © 2012 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Observed and Self-Perceived Teamwork in a Rapid Response Team

Pattie Beebe, MSN, RN, Karen Bawel-Brinkley, PhD, RN, CNE, Colleen O'Leary-Kelley, PhD, RN, CNE

RESEARCH PAPER

Development of clinical competencies for emergency nurse practitioners: A pilot study

Jane O'Connell, NP, MN, FFAENP^{a,b,*}, Glenn Gardner, RN, PhD, FRCNA^{a,b,c}

ORIGINAL RESEARCH



Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicentre cross-sectional RN4CAST study



Resultados

- Avaliação fisiológica do doente e interpretação de dados
- Trabalho em equipa
- Comunicação
- Prática profissional

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Conclusão

Os aspetos-chave da prática de enfermagem perita são:

1. Um domínio clínico e uma prática baseada na investigação;
2. Know-how incorporado;
3. Ver a situação no seu todo;
4. Ver o inesperado.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Conclusão

A segurança do doente é a pedra basilar dos cuidados de saúde de alta qualidade.

Grande parte do trabalho que define a segurança do doente e as práticas que previnem o dano concentram-se nos resultados negativos dos cuidados, como mortalidade e morbilidade.

Os enfermeiros especialistas são fundamentais para a vigilância e coordenação, reduzindo assim esses resultados adversos.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Conclusão

Prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade requer conhecimentos técnicos, capacidade de pensar de forma crítica, experiência e julgamento clínico.

A expectativa de alto desempenho dos enfermeiros depende da aprendizagem contínua, da responsabilidade profissional, da tomada de decisões independente e interdependente e das capacidades criativas de resolução de problemas.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Referências Bibliográficas

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S., Rafferty, A., ... Ball, J. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals. *BMI Qual Saf.* 23, 126-135. Doi:10.1136/bmjqs-2013-002318
- Beebe, P., Bayvel-Brinkley, K., O'Leary-Kelley, C. (2012). Observed and Self-Perceived Teamwork in a Rapid Response Team. *Journal for Nurses in Staff Development.* Volume 28 – N.º 4, 191-197. Doi:10.1097/NND.0b013e31825663d7
- Benner, P. (2001). *De Início a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bhat, Neeraj, Reed, Skyler, Steelman, Lisa. – The Emergency Department: Departmental Assessment Project. 2011.
- Circular normativa Nº: 07/DQS/DQCO (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 29 de Março, 2017, em <http://www.dgs.pt/msp/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>.
- Codier, E., Codier, D. (2015). Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emergency nurse.* Volume 23, N.º 3, 26 – 29. Doi:10.7748/en.23.3.26.e13885
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida.* 2.ª Ed. Loures: Lusociência.
- Collière, Marie-Françoise – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- Comissão Europeia – Saúde EU: segurança dos doentes. Bruxelas Comissão Europeia, 2012. Acedido a 26 de Março, 2017, em <http://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7793a6d7-9b41-4a6d-a6b7-0ff8c685c327/language-pt/format-PDF>.
- Considine, J., Trotter, C., Currey, J. (2015). Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings. *Journal of Clinical Nursing.* 25, 134-143. Doi:10.1111/jocn.130106
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
- Direcção Geral De Saúde – Carta dos direitos do doente internado. Acedido a 26 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf.
- Direcção Geral De Saúde – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Acedido a 29 de Março, 2017, em: www.dgs.pt.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchoukue, E., Clarke, S., Rivard, M., Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care.* Vol. 25, n.º 2, 110 – 117. Doi:10.1093/intqhc/mqt0196
- Fry, M., Fong, J., Asha, S., Arendts, G. (2011). A 12-month evaluation of the impact of transitional emergency nurse practitioners in one metropolitan emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal.* vol. 14, 4 – 8. Doi:10.1016/j.aenj.2010.10.0015

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



Referências Bibliográficas

- Harding, A., Walker-Cillo, G., Duke, A., Campos, G., Stapleton, S. (2013). A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing.* Volume 39, 252 – 269. Doi:10.1016/j.jen.2012.05.0067
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6 (7): e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Norma n.º 07/DQS/DQCO 31 de Março (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direcção Geral da Saúde.
- O'Connell, J., Gardner, G. (2012). Development of clinical competencies for emergency nurse practitioners: A pilot study. *Australasian Emergency Nursing Journal.* Vol. 15, 195 – 201. Doi:10.1016/j.aenj.2012.10.0047
- Ordem dos Enfermeiros – Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente. Acedido a 29 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadaposicao/Documents/Tomadaposicao_2 Maio 2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular.* Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Ordem dos Enfermeiros website. Acedido a 29 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Lisboa. Ordem dos Enfermeiros website. Acedido a 29 de Março, 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma.* Lisboa: OM.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos* (p. 45). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de: http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.
- The Joanna Briggs Institute (2013). *Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation.* Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-Supporting Documents.pdf>
- The Joanna Briggs Institute (2016). *Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Joanna Briggs Institute Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.* Disponível em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewer's Manual.* Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- WHO (2005). *Prehospital trauma care systems.* Geneva: WHO.
- World Health Organization - Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - Patient Safety Solutions Acedido a 29 de Junho, 2017, em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
- World Health Organization - Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization, 2009. ISBN 978 92 4 159774 6.

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL



A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

DESAFIOS E RESPOSTAS DO ENFERMEIRO ESPECIALIZADO

Cláudia Serrano (cserrano@campus.esel.pt)
Carla Nascimento (carla.nascimento@esel.pt)



OBRIGADA

UP TO DATE EMERGENCIA: DO REAL AO IDEAL

APÊNDICE VII

Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Integrou-se na equipa facilmente, promovendo e facilitando a interacção com os demais intervenientes. Foi ainda capaz de perceber e se integrar na dinâmica específica desta unidade de cuidados intensivos, evidenciando capacidade de trabalho na equipa interdisciplinar.

Demonstrou capacidade de mobilizar competências especializadas, adquiridas anteriormente, para a sua prática durante este período de estágio, permitindo-lhe colaborar em projectos de intervenção no serviço, dos quais há a destacar: Construção de instrumentos para a monitorização e registo dos doentes submetidos a ECMO (membrana oxigenadora por circulação extracorporeal) em situação de paragem cardiorrespiratória (PCR); Elaboração e divulgação de protocolos de actuação conjunta deste serviço e do serviço de urgência para os doentes em PCR; Elaborar, planear e executar acções de formação sobre a utilização do sistema de compressões torácicas Lucas2.

Desenvolveu e consolidou conhecimentos técnico-científicos na abordagem do doente crítico em contexto de cuidados intensivos, prestando cuidados a doentes em falência múltipla de órgãos, intervindo ainda junto dos familiares/pessoas significativas. Reflectiu sobre a realidade dos cuidados intensivos no global e neste serviço em particular, analisando esta área da prestação de cuidados de forma singular, o que lhe permitiu, identificar situações problemáticas e desenvolver estratégias para a sua resolução.

Conclui-se que a enfermeira Cláudia Serrano, foi capaz de atingir os objectivos específicos a que se propunha e desenvolveu no período de estágio comportamentos e competências especializadas, em contexto de unidades de cuidados intensivos, realizando um estágio que se classifica com a nota de Muito Bom.

Data:

23/11/2019

Tutor

Carla Naveiro

Orientador

Estudante

CLÁUDIA SERRANO

Assinatura

Carla Naveiro

Cláudia Filipa Yandouga Senaço



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do estágio, a mestranda Cláudia, consolidou e adquiriu competências de Especialista na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e seus familiares. Caminhou ativamente na concepção dos objectivos delineados para este período de estágio, na busca incessante de situações complexas e enriquecedoras no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica.

Na gestão dos cuidados demonstrou capacidade de priorizar intervenções e antecipar complicações, respondendo de forma apropriada às situações complexas vivenciadas.

Manifestou interesse em conhecer os protocolos e projectos em desenvolvimento no serviço, agindo em conformidade com os mesmos.

Teve a oportunidade de vivenciar inúmeras situações críticas que lhe permitiram a mobilização de conhecimentos técnicos/científicos e relacionais da sua experiência profissional e pessoal na Pessoa em situação crítica, sem descurar o ambiente envolvente. Foram desenvolvidas pela mestranda, estratégias comunicacionais (linguagem verbal e não verbal) com a Pessoa/Família em situação crítica com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva.

A reflexão sobre a promoção da segurança, reflectiu-se na forma de aprendizagem elaborada e na necessidade de divulgação e partilha com a equipa multidisciplinar.

Alcançou autonomia para efectuar os registos de enfermagem no programa informático utilizado no serviço, expondo uma boa capacidade de adaptação.

Ao longo do percurso, revelou consciência crítica e capacidade reflexiva sobre o cuidar especializado, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a mestranda Cláudia conclui esta unidade curricular na Unidade de Cuidados Intensivos com a nota qualitativa de Muito Bom.

Data:

Tutor

Assinatura

Carla Nascimento

Carla Nascimento

Orientador

Estudante

CLÁUDIA SERRANO

claudia sofia Mendonça Serrano

24/01/2018

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante as duas semanas de estágio neste serviço, a Enfermeira Claudia procurou de forma proativa a realização do seu objetivo principal que a fez realizar o estágio no serviço onde também desempenha funções enquanto enfermeira.

Promoveu reuniões com a Enfermeira Chefe do Serviço e Enfermeiro Orientador onde foram debatidos os contributos para o serviço. Partilhou conhecimentos, experiências profissionais e solicitou sugestões junto dos elementos de referência na área, onde é reconhecida como perita pela equipa multidisciplinar.

A elaboração do “Guia de integração dos enfermeiros nas salas de emergência”, mostrou ser um instrumento indispensável e fundamental no processo de desenvolvimento de competências na área de maior complexidade deste serviço.

A elaboração da instrução de trabalho sobre o circuito do doente para reanimação cardiopulmonar assistida por circulação extra-corporal veio complementar a formação anteriormente ministrada aos enfermeiros deste serviço.

Para além do enunciado anteriormente, evidenciou capacidades de mobilizar as suas competências especializadas não só na sua prática de estágio, bem como no desenvolvimento de projetos cruciais no serviço onde desempenha a sua atividade profissional. Destacam-se as suas capacidades mobilização e empenho no trabalho, bem reveladoras do excelente trabalho que desenvolve neste serviço.

Demonstrou o seu conhecimento técnico-científico na abordagem do doente crítico em contexto de emergência, prestando cuidados a doentes críticos vítimas de doença aguda e/ou crónica agudizada e vítimas de trauma, intervindo ainda junto dos familiares/pessoas significativas. Refletiu e promoveu uma prática reflexiva com os colegas sobre a realidade dos serviços de urgência no global e neste serviço em particular, analisando esta área da prestação de cuidados de forma singular, o que lhe permitiu, identificar situações problemáticas e desenvolver estratégias para a sua resolução.

Conclui-se que a Enfermeira Claudia foi capaz de atingir o objetivo principal a que se propôs e consolidou competências especializadas, em contexto de emergência.

Classifica-se este estágio com a nota de Muito Bom.

Data:

Tutor

Assinatura

09/02/2018

corec resumo

corec resumo

Orientador





Estudante

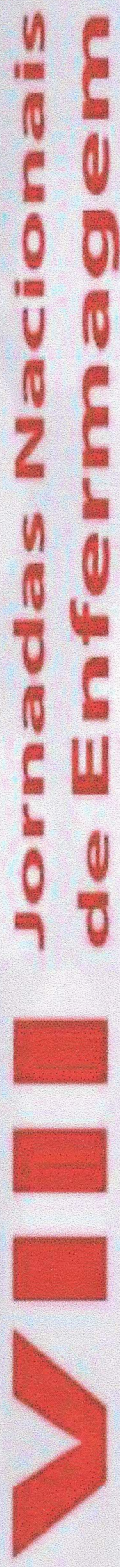
CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO

claudia sofia Mendonça Serrano

ANEXOS

ANEXO I

**Certificado de elemento da Comissão Organizadora das VIII
Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva da SPCI**



**Jornadas Nacionais
de Enfermagem**

**Sociedade Portuguesa de
Cuidados Intensivos (SPCI)**

22 e 23 setembro 2017 - LISBOA

CERTIFICADO

Certificamos que **Cláudia Serrano** fez parte da Comissão Organizadora das “**VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva**”, realizadas pela **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**, de 22 e 23 de Setembro de 2017, em Lisboa.

Lisboa, 23 de Setembro de 2017

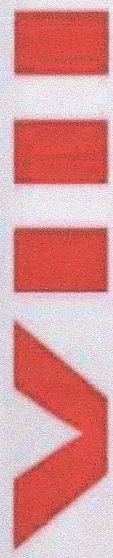
Dr. Antero Fernandes
Presidente da SPCI

Enf. Albertina Gonçalves
Presidente das Jornadas

Enf. António Almeida
Presidente das Jornadas

ANEXO II

Certificado de moderação da Mesa Redonda: “Desafios na Ventilação” inserida nas VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva da SPCI



**Jornadas Nacionais
de Enfermagem**

**Sociedade Portuguesa de
Cuidados Intensivos (SPCI)**

22 e 23 setembro 2017 - LISBOA

CERTIFICADO

Certificamos que **Cláudia Serrano** foi Moderadora na **Mesa redonda: Desafios na ventilação**, inserida nas “**VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva**”, realizadas pela **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**, de 22 e 23 de Setembro de 2017, em Lisboa.

Lisboa, 23 de Setembro de 2017

Antero Fernandes

Dr. Antero Fernandes
Presidente da SPCI

Enf. Albertina Gonçalves

Enf. Albertina Gonçalves
Presidente das Jornadas

António Almeida

Enf. António Almeida
Presidente das Jornadas

ANEXO III

**Certificado de apresentação de Comunicação Livre no Congresso
Científico CESPÚ**



Certificado

Certifica-se que Cláudia Serrano foi autora da comunicação livre subordinada ao tema **"A segurança da pessoa em situação de emergência: desafios e respostas do enfermeiro especializado"**, e que foi apresentada no Congresso **"Up to Date Emergência: Do Real ao Ideal"**. Este congresso foi organizado pelo CHMA - VMER e CESPU e decorreu no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, nos dias 13 e 14 de outubro de 2017.

O Centro Hospitalar Médio Ave, EPE

A CESPU, Crl

ANEXO IV

Certificado de participação no II Simpósio de Medicina Intensiva



CERTIFICADO

Certifica-se que **Cláudia Sofia Mendonça Serrano** participou no **2º Simpósio de Medicina Intensiva** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, que se realizou nos dias 1-2 Fevereiro de 2018, no Hospital de Santa Maria.

II SIMPÓSIO DE MEDICINA INTENSIVA

1 e 2 de Fevereiro 2018

Serviço de Medicina Intensiva

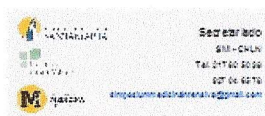
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Grande Auditório João Lobo Antunes

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Antevisão:

ECMO: novos desafios
Doação em coração parado
Comportamento organizacional e gestão
Monitorização hemodinâmica
O doente neurocrítico



Secretariado
808 - CHLN
Tel: 21740 3030
607 de 6078
simposiomedicina@chln.pt

A handwritten signature in black ink.

Dra. Zélia Costa e Silva
PRESIDENTE DO SIMPÓSIO
2 de Fevereiro 2018

ANEXO V


Certificados das sessões de formação realizadas em estágio

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **11 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º 1040/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **12 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior


Certificado N.º 1042/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **13 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º 1045/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **17 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º 1047/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **19 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º1049/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **23 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º1051/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **25 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º1053/2017/CS

CERTIFICADO

Certifica-se que **CLAUDIA SOFIA MENDONÇA SERRANO** colaborou como Formador(a) na Acção de Formação **"Reanimação com Suporte Extra Corporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa"**, realizada no dia **25 de Outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 8 de Novembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º1055/2017/CS

